

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: por 1 anno 50\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXIX

Fevereiro de 1940

N. 2

A hipofise em patologia humana *

Prof. Annes Dias

*Catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina
do Rio de Janeiro*

"Órgão importante mas misterioso", como foi definido por Haller em 1756, a hipofise conservou seu misterio e não mostrou sua importancia durante mais de um seculo. A Pierre Marie cabe a gloria de ter começado a decifrar o enigma desse pequeno órgão, cuja importancia resalta no cuidado com que a natureza o protegeu, ocultando-o no escriptorio da sela turcica, que, por sua vez, é guardado dentro do cofre craneano. Essa pequena glandula, cujo insignificante peso apenas ultrapassa meia grama, constitue a mais completa organização fisiologica de todo o organismo.

A morfologia só conseguiu descrever alguns poucos aspétos celulares, enquanto a fisiologia, apesar de já haver estudado numerosas propriedades e assinalado a presença de multiplos hormônios, ainda procura novos, porque não decifrou inteiramente o misterio dessa glandula, que, dominadora no sistema endócrino, projeta sua influencia sobre os centros diencefalicos e o sistema neurovegetativo e desperta repercussões em todas as atividades do organismo desde as cumiadas do psiquismo até aos fenomenos delicados do metabolismo celular.

A evolução da fisiopatologia hipofisaria mostra grandezas e miserias, luz e sombra; após a descoberta da acromegalia, varios syndromes foram atribuidos á hipofise: obesidade, diabete insipido, distrofia adiposo-genital.

* Conferencia realizada na Soc. de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em outubro de 1939.

Em 1912, com os trabalhos de Aschner, Camus e Roussy, começou forte reação tendente a despojar a hipofise em beneficio do diencefalo e quasi tudo se lhe negou.

Em 1918, ainda Sajous proclamava a hegemonia da glandula pituitaria no concerto endocrino.

No Congresso francès de Neurologia, em 1921, só restava sua primeira conquista, a acromegalia.

O metodo anatomo-clinico, a que se devia esta, mostrava-se incapaz de confirmar as demais.

A' fisiologia e á clinica se deve o trabalho de reconstrução do capitulo da patologia hipofisaria e o estudo de suas relações com os centros hipotalamicos. O progresso realizado foi rapido e imenso, dele resultando dois fatos, hoje indiscutíveis:

1) hipofise e diencefalo formam um complexo fisiologico indissociavel.

2) a hipofise exerce o comando do sistema endocrino.

Os titulos que lhe são atribuidos mostram a relevancia de seu prestigio: glandula mestra (Cushing), órgão diretor da constelação endocrina (Houssay), reitora das outras glandulas (Marañon). Quer diretamente, pelos hormonios metabolicos, quer por intermedio das demais glandulas, a hipofise exerce uma influencia impar sobre toda a nutrição; Houssay poude dizer, com sua grande autoridade, que "de hoje em diante, não se poderá estudar nenhum problema metabolico, normal ou patologico, sem ter em conta a participação da hipofise". Os estimulos, as ordens que dela partem alcançam todos os recantos da economia; como disse Marañon, o órgão executor é o organismo inteiro.

Estimulando o trofismo e regulando o funcionamento de cada glandula; recebendo, destas, influxos, que informam sobre as suas condições atuais e despertam reações reguladoras, a hipofise mantém a harmonia funcional endocrina.

Postada no limiar do encefalo, ela é influenciada pelos centros hipotalamicos e sobre eles exerce ação correlata.

Além dessas influencias neurohormonais, a hipofise ainda projeta sua ação metabolica direta sobre todos os tecidos e órgãos, mercê dos hormonios metabolicos, dentre os quais se destaca, pela universalidade de sua ação, o hormonio do crescimento, somatotropico, que preside ao crescimento do individuo e lhe assegura a manutenção somatica.

Por sua capital influencia na vida sexual, a hipofise intervém até na perpetuação da especie.

A zona de projeção de sua influencia é a maior da patologia, não só porque, como afirma Marañon, todas as funções têm facetas endocrinas, como porque, em todos os órgãos e tecidos ecôa o sofrimento hipofisario. Haja visto o demoramento organico que sucede á atrofia antero-hipofisaria: a gordura desa-

parece, as massas musculares fundem-se, as oxidações lentescem, o peso cae verticalmente, a pressão baixa, certos ossos se reabsorvem, o metabolismo claudica em todos os seus sectores e a propria vida, aos poucos, se extingue nesse organismo em derrocada.

Quem se detém a contemplar o panorama da fisiopatologia hipofisaria, logo percebe, nesta, a mais expressiva demonstração da unidade funcional do organismo.

O terreno desbravado já é imenso, mas a marcha prossegue e, á frente, a clinica indica á fisiologia problemas a resolver, verificações a fazer; a anatomia, por seu lado, resolve, aos poucos, as questões que lhe estão afetas e são necessariamente limitadas.

De fato, já passámos do terreno das lesões organizadas, quasi sempre tardias, para o estudo da patologia funcional, onde a clinica, a fisiologia e a bioquimica conjugam os respectivos metodos de pesquisa.

Na evolução da patologia hipofisaria já podemos distinguir tres fases: *a anatomoclínica, a das correlações endocrinas e a da fisiopatologia geral.*

As primeiras ainda encerram obscuridades e a ultima apenas se esboça, deixando entrevêr perspectivas interessantes.

Em outras oportunidades, foram amplamente por nós estudadas as afecções propriamente hipofisarias e as diencefalopituitarias, tendo sido então estudados certos hormonios, que chamaremos de crinotropicos, porque exercem sua ação sobre, ou atraves, outras glandulas endocrinas.

Hoje nos limitaremos ao estudo dos quadros patologicos que os disturbios hipofisarios provocam na clinica humana directamente por seus hormonios metabolicos.

Devemos declarar, desde logo, que reina a dúvida sobre muitos dos fatos apontados; são capitulos que se apresentam fragmentarios, com lacunas, interpretações discordantes, mas certamente se descobre ahí muito trabalho acumulado, varias aquisições de valor e, principalmente, interessantissimas hipoteses de trabalho, para a solução de problemas que, até hoje, esperam explicação.

Ha, neste momento, um constante trabalho de revisão e de reajustamento de todos os dados adquiridos.

Assim, em anatomia macro e microscopica, devem ser destacadas as seguintes modificações, principalmente adotadas por muitos autores americanos e alemães:

a) a hipofise divide-se em 4 partes: anterior, posterior, intermediaria e tuberal;

b) a hipofise posterior não é constituída de celulas nervosas, mas de celulas secretantes; as vias nervosas não são fibrilas de glia, mas prolongamentos das celulas nervosas cujos nucleos se acham na região tuberiana (Lucke. N. Deutsche Klinik);

c) o quiasma optico, ao contrario de que se pensava, encontra-se mais vezes acima e atraz do lóbo anterior da hipofise, de acordo com os trabalhos de Parsons Schaeffer; e

d) a parte tuberal é a unica que mantem estreita relação com o espaço subaracnoideu.

Em fisiologia as ultimas aquisições permitiram fixar os seguintes dados:

1) As substancias oligurica, ocitocica e vasopressiva são realmente hormonios, produzidos no lóbo posterior e não no intermediario.

2) Do lóbo intermediario se originam dous hormonios: o pigmentar, ou melanoforo, e o termo-regulador, recente descoberta de Collip.

3) Hormonios hipofisarios tem sido encontrados no liquor, no sangue e na urina.

Em clinica, destacam-se dous pontos de importancia:

1) os casos de insuficiencia hipofisaria discreta são relativamente frequentes.

2) os disturbios exercem influencia patogenica sobre varias funções do organismo; o seu estudo abre novos campos de pesquisa, nas doenças da nutrição, na hipertensão arterial, nas doenças do sangue, do aparelho digestivo etc.

Começaram a ser estudados: as relações com as vitaminas A, C e E, o papel da hipofise na enxaqueca, nos processos alergicos, na eclampsia puerperal etc.

O lóbo posterior, que até pouco parecia representar um simples elo nervoso nas correlações hipofiso-diencefalias, se afirma hoje como verdadeiro órgão secretor e já se admite que o proprio tuber é dotado da mesma propriedade.

Feitas essas considerações preliminares, devemos enumerar, de passagem, algumas entidades morbidas que tem ou podem ter sua origem na hipofise anterior: 1) acromegalia; 2) Mal de Simmonds; 3) gigantismo; 4) nanismo; 5) Mal de Cushing; 6) obesidade; 7) magreza; 8) hipoglicemia; 9) eunuoidismo; 10) diabete; 11) hiper ou hipotirodias; 12) Mal de Addison.

Hoje passaremos em revista outros disturbios metabolicos originados nas disfunções da hipofise anterior, da intermediaria e, especialmente, da posthipofise, cuja importancia em patologia se afirma relevante.

A enxaqueca apresenta aspectos hipofisarios: oliguria inicial, poliuria consecutiva, aumento da pressão, da glicemia, da uricemia, manifestações oculares unilateraes, grande quantidade de prolan na urina, antes de aparecer a cefalalgia, coincidencia com puberdade, menstruação etc.

Em certos casos, ha sinais expressivos de compressão, especialmente quando a sela turcica é pequena; dessa observação frequente resultou a teoria hipofisaria da enxaqueca, que atribúe esta a fenomenos congestivos da glandula pituitaria.

Toda cefaléa duradoura, frontocipital, especialmente quando agravada por inflamação do *cavum*, exige cuidadoso exame deste, pois póde depender da repercussão, sobre a hipofise, da inflamação adenoidiana, sabendo-se que a amigdalalaringea contem tecido hipofisario. A extirpação desta, em tais condições, é capaz de curar cefaléas rebeldes.

Antes da crise, ha, na enxaqueca, grande prolanuria e é frequente o aumento da tensão arterial.

Os trabalhos cirurgicos e experimentais, de Cushing e De Martel, haviam demonstrado nitida influencia das lesões da base cerebral na patogenia da *ulcera* e das *hemorragias gastroduodenaeas*. Trabalhos mais recentes mostram que disturbios hipofisarios, especialmente do lóbo posterior, podem perturbar a secreção gastrica, no sentido da aquilia ou da hipersecreção clorídrica.

Afirma Lucke que a administração de doses muito altas de pituitrina podem provocar hemorragias, a *ulcera gastrica* e mesmo a perfuração; esse resultado deixa de manifestar-se quando é seccionado o vago.

Jones (Lancet 1938) descreveu mesmo um novo syndrome posthipofisario, caraterisado por anemia hipocromica, acloridria, aumento da tolerancia para os glicidios e hipertensão arterial; n'esse complexo clinico se observa, na urina, a presença de uma substancia pressora dotada de propriedades hipertensora, antidiuretica e melanoforica.

Um dos problemas clinicos mais interessantes, que os trabalhos recentes vêm despertando, é o da possível relação da *hipertensão arterial* com disturbios hipofisarios. Embora alguns experimentadores, como Bergfeld, neguem a frequencia de tal relação patogenica, outros muitos afirmam esta, baseados na aquisição que a fisiologia realizou nos dominios da fisiopatologia da hipofise posterior.

Ranson acha que o nome de *neurohipofise* cabe ao conjunto formado pela hipofise posterior, a haste pituitaria e a eminencia mediana do tuber.

Ficou demonstrado que as substancias ativas encontradas na hipofise posterior são ali secretadas e não vêm da intermediaria, como se supunha. São hormonios, cuja ação especifica é hoje indiscutivel e que podem ser encontrados no liquor, no sangue e na urina. Lucke declara que deve ser revisada a afirmação de que, por seu carater, as celulas posthipofisarias não são secretoras; estas, ao contrario, não são nervosas, mas grandes celulas, ricas de protoplasma, cuja estrutura indica sua função metabolica

e não nervosa. As vias nervosas dessa região, como vimos, são prolongamentos de celulas, cujos nucleos se encontram no tuber, que é capaz de secretar os mesmos hormonios da posthipofise, especialmente quando esta falta, como após a hipofisectomia.

Os hormonios retropituitarios são: o ocitocico, de ação eletiva sobre a musculatura uterina, e as substancias pressora e antidiuretica, ou hormonio oligurico; o hormonio pressor age sobre a pressão sanguinea e os musculos lisos intestinaes, mantendo estreita relação com o antidiuretico e é, como ele, encontrado na hipofise posterior, na haste pituitaria e na região hipotalamica vizinha.

Anselmino e Hofmann o encontraram no sangue em casos de hipertensão.

Como a intoxicação experimental pela pituitrina provoque um quadro semelhante ao da *eclampsia*, pensou-se encontrar a causa desta na superprodução, não compensada, dos hormonios pressor e oligurico da hipofise posterior (Lucke).

No *metabolismo hidrosalino*, cujo centro se acha na região sublamina, intervém o hormonio hipofisario como regulador.

A ação desse hormonio se exerce especialmente sobre as celulas renaes, mas tambem sobre os tecidos, aumentando-lhes a hidrofilia. Diminuindo a excreção aquosa, aumenta a concentração urinaria dos eletrolitos. A administração simultanea de pituitrina e de grandes quantidades de agua pôde ocasionar accidentes convulsivos (Lucke), devidos ao curioso fenomeno da *hidrotoxicose*, de que já nos ocupámos a proposito do Mal de Addison. Acha Lucke que não ha nenhum processo do metabolismo da agua em que não tome parte o hormonio antidiuretico: absorção intestinal, trocas hemoteciduaes, edemas etc.

Na determinação da poliuria intervem a hipofise anterior, tendo ali Teel isolado um hormonio diuretico.

E' interessante o fato, verificado por alguns experimentadores, de só sobrevir o diabete insipido, após hipofisectomia, quando não é total, deixando uma parte da antehipofise; d'ahi nasceu a teoria de Ranson, segundo a qual o diabete insipido resulta do desequilibrio entre o lóbo anterior e a neurohipofise, compreendendo esta a região tuberiana, que recebe o estimulo regulador do nucleo supraoptico. Na *eclampsia* e na nefropatia gravida ha tendencia ao edema, que aliás existe mesmo na gravidez normal e foi, segundo Lucke, atribuida á hiperfunção retropituitaria.

Hipofise e hipertensão. E' o capitulo mais recente e, sem dúvida, um dos mais interessantes da influencia hipofisaria no terreno da clinica geral.

Os estudos da Escola Alemã, principalmente os de Berblinger, Bohn, Siebeck, Marx permitiram entrever a relevancia do assunto.

Schellong assinala que só existe na hipófise, em seu lóbo posterior, um hormônio capaz de elevar a pressão arterial, agindo sobre os capilares e precapilares, quer diretamente, de modo hormonal, por via sanguínea, quer por intermédio do diencefalo.

Esse hormônio pressor também foi encontrado na haste pituitária e na região hipotalâmica vizinha.

Sob sua ação se eleva a tensão diastólica.

São numerosos os fatos experimentais que depõem no sentido de uma relação patogênica entre a hipertensão arterial e o complexo diencefalo-hipofisário; além disso, se observa, nos hipertensos, considerável prolanúria.

Marx, injetando nos ventrículos cerebrais de cães o soro sanguíneo de hipertensos ou nefropatas, provoca, já em 24 horas, o aparecimento de hipertensão oligúria, hematuria, cilindros, etc.

Os mesmos fenômenos são obtidos com injeção de pituitrina e de toxina estreptocócica.

Anselmino e Hoffmann extrahiram do sangue de eclâmpsica Westfal e Sievert, de hipertensos, um ultrafiltrado que provoca vaso-constrição periférica e hipertensão em cobaias; esse filtrado apresenta grande semelhança com a vasopressina (Schellong).

O espasmo vascular da região renal reforça a ação pressora do extrato pituitário.

Aham alguns autores que, além da vasopressina, deve agir o hormônio adrenotrópico, aparecendo assim um elemento anteropituitário; aliás Müller atribue papel importante à hipófise anterior e Kylin refere um hormônio hipertensor que seria, talvez, o contra-insular de Lucke.

Por outro lado se sabe que a hipertensão se instala frequentemente no climaterio; época em que a hipófise sofre o contra-golpe da falência ovariana; o basofilismo hipofisário acompanha-se de hipertensão e, fato a destacar, a decadência pituitária, no Mal de Simmonds, determina hipotensão e, mais do que isso, completo desequilíbrio da regulação tensional, não funcionando o reflexo esplanco-periférico.

Nos tumores da hipófise não é rara a hipertensão.

Von Bergmann põe em relevo o fator endócrino na *doença da pressão arterial* e Schellong pode dizer que a hipertensão essencial não é propriamente uma doença da circulação, mas do aparelho neurohormonal.

Para Cushing, a hipertensão depende da hiperatividade das células basófilas, opinião apoiada por Berblinger e Kraus que as encontraram aumentadas nos hipertensos.

A invasão da hipófise posterior por células basófilas, constituiria o fundamento da hipertensão arterial e seria também encontrada na eclâmpsia, na esclerose renal e no rim grávidico (Lichtwitz).

Westfol acha que a anterohipofise intervem na hiper, como na hipotensão essenciais.

Os trabalhos de Kraus, de Harrop, de Crocke e Russel indicam que, no Mal de Addison, ha ausencia, diminuição ou degeneração dos elementos basofilos na hipofise anterior, como na posterior.

Tanto na hipotensão do Mal de Simmonds, como em certos casos de hipertensão, se observa sério disturbio no mecanismo da regulação circulatoria. Na caquexia de Simmonds é facil a demonstração: a circulação perdeu a capacidade de auto-regulação; em posição erecta, a tensão cáe consideravelmente; se o individuo, em seguida, fica em posição horizontal, a tensão de repouso volta, mas se, logo após, ele levanta as pernas, cáe novamente a tensão, em vez de subir, fato explicavel pela falta da constrição compensadora na região esplacnica (Schellong).

Esse disturbio melhora com a medicação hipofisaria, o que não se deve extranhar, pois é a hipofise que orienta os centros reguladores diencefalicos.

A esse respeito, Cushing estudou as relações entre hipofise, suprarrenais e diencefalo.

Temos um exemplo da reciproca influencia hipofiso-suprarrenal, no Mal de Cushing que, atribuido, por quasi todos, ao adenoma basofilo hipofisario, é considerado, por Maraion, como dependente do adenoma suprarrenal; por outro lado, Kylin mostrou que, na hipertensão, se acha aumentada a excreção de prolana e de hormonio cortico-suprarrenal.

A ausencia de vasopressina seria talvez responsavel pelos fenomenos de choque, onde existe aumento da permeabilidade capilar; certos disturbios vasomotores, como acrocianose, angiospasmos etc. devem ser estudados tendo em vista a influencia que, na regulação circulatoria, exercem os centros hipotalamicos e as relações destes com a hipofise.

E' certo que esse terreno foi lavrado ha pouco e se acha ainda todo revolvido; ao lado de aquisições valiosissimas, perduram dúvidas, e colidem conclusões, assim as relações entre a vasopressina post-pituitaria e a anterohipofise, essa questão do aumento e da migração de celulas basofilas etc.

Mais complexo ainda é o capitulo que apenas se entreabriu da influencia hipofisaria em fisiopatologia renal.

Nefropatia. A anterohipofise desperta maior interesse nas nefropatias; a hipofise posterior na hipertensão arterial (Blount).

Berblinger achou grande aumento das celulas basofilas anteropituitarias em 61,5% dos casos de glomerulo nefrite; em 76,2% na esclerose benigna e em 83,3% dos casos de nefrosclerose maligna; de outro lado, Tanabe verificou, experimentalmente, que a ligadura dos ureteres provoca o aumento referido.

A vasoconstrição renal seria devida á vasopressina; o efeito benéfico obtido com a punção lombar corresponderia á retirada de certa quantidade de substancia pressora.

Tais verificações mostram relações sobre cuja importancia apenas podemos conjecturar; serão os distúrbios hipofisarios secundarios, como deixa supôr a experiencia de Tanabe, ou primitivos, determinantes da lesão renal?

Neste sentido falam as experiencias comparativas feitas com ultrafiltrados de sangue ou de liquor de hipertensos renais; de fato, Porzio estabelece uma gradação nos efeitos obtidos, quanto á patogenia da nefrite experimental.

a) a injeção, nos ventriculos cerebrais, de uma solução salina não isotônica provoca oligúria, hipertensão, albuminúria e cilindúria;

b) o mesmo efeito é obtido com sangue de doentes de nefrite, eclampsia ou uremia;

c) se, em vez de sangue, se utiliza o liquor de tais doentes o efeito é 200 vezes (Porzio) maior.

Demonstra-se, assim, que o liquor contém um fator patogênico muito mais ativo e ao liquor vão ter substancias hipofisarias.

A influencia da hipofise posterior sobre as eliminações renais aquosas e salinas, é de todos conhecida.

Ranson, em exaustivos trabalhos, mostrou que: o nucleo supraoptico regula a secreção do hormônio antidiurético post-hipofisario; a neurohipofise age eletivamente sobre o rim; a poliúria resulta de processos que estão sob o controle dos lóbulos anterior e posterior da hipofise.

A prova dessa influencia se obtém experimentalmente provocando a *hidrotoxicose*, quando, ao mesmo tempo que se administra grande quantidade d'água, se injeta pituitrina.

A post-hipofise aumenta a concentração urinaria de cloretos, sodio, calcio, potassio, magnesio e fosforo.

A nefrose lipoidica é (Lichtwitz) uma afecção endocrina, tal qual o rim gravídico; em ambas as condições, ha hipoproteïnemia, aumento do cholesterol e tendencia ao edema.

Na nefropatia gravídica, Berblinger observa grande aumento das celulas basofílicas hipofisarias.

Na eclampsia, Anselmino e Hofmann verificaram a existencia de grande quantidade de vasopressina no sangue.

Ouvimos, mais de uma vez, Vaquez dizer, em suas aulas, que as eclámpicas eram candidatas á hipertensão permanente; essa afirmação, resultante da observação clinica, encontra hoje explicação plausível nos novos estudos sobre a patogenia da hipertensão e sobre as relações da eclampsia com a patologia funcional da hipofise posterior.

Não dependerá, de um influxo post-hipofisario, a isquemia renal, cuja importancia patogenica é hoje indiscutível?

Parece que o rim não pode alheiar-se da influencia reguladora que o complexo hipofisario exerce sobre a vasomotricidade.

Dentro dessa influencia estão os angiospasmós, capazes de determinações clinicas multiplas.

Em estudo recentissimo (1939) Corschmann admite que exista, na hipofise anterior, uma substancia capaz de exercer a regulação central da excreção, da concentração e da diluição da urina: na grande insuficiente hipofisaria sobrevêm disturbios na diurése e na concentração, em certo contraste com o diabete insipido.

Procurámos expôr, nesta palestra, as questões mais recentes sobre a influencia fisiopatologica da hipofise na clinica.

Para não alongar esta exposição, apresentamos em esquema o papel orientador da hipofise na regulação endocrina.

Nesse quadro se vêm as ligações com o diencefalo e, atravez deste, com a corticalidade cerebral; ai são estudadas as relações e as trocas de influencias com todas as glandulas endocrinas por meio dos *hormônios propriamente crinotrópicos*, visto que exercem sua ação por intermedio das varias glandulas onde chega o influxo pituitario; em varios trabalhos já estudámos pormenorizadamente o papel dos hormônios especificamente metabolicos, que agem nos varios sectores do metabolismo.

É, sem duvida, capital a ação trofica da hipofise anterior.

Sobre a propria morfologia corporal os disturbios hipofisarios imprimem sua indiscutivel ação, bastando citar a caquexia de Simmonds, gigantismo e nanismo, acromegalia etc.

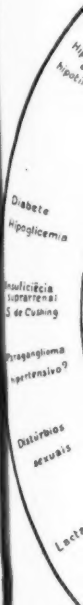
O hormônio somatotropico governa o crescimento e, portanto, suas determinações se estendem a todos os sectores da nutrição.

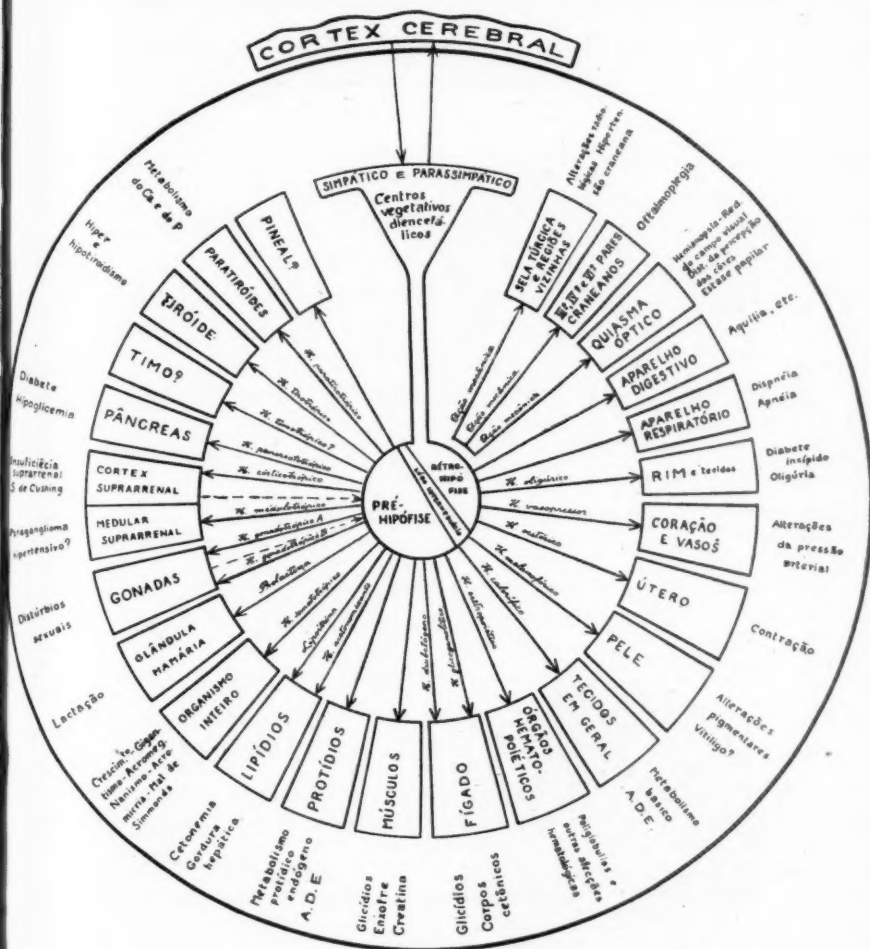
Tambem deixamos de estudar hoje, porque já o fizemos de outra feita, algumas questões interessantes de clinica, nas quais o fator hipofisario já se destaca, ou começa a ser estudado.

Entre tais problemas, citaremos o papel da hipofise anterior no diabete; no Mal de Basedow e no mixedema; no Mal de Addison e na insuficiencia suprarenal; na hipoglicemia; a hipofise e as vitaminas A, C e E; as repercussões psiquicas e as correlações psicosomaticas; hipofise e cancer; o papel do complexo diencefalo-hipofisario na hematopoiese etc.

Como vêdes, a área de projeção dos hormônios hipofisarios é vasta e rica, e tende a estender-se, á medida que novos conhecimentos permitem maior penetração nos escaninhos da nutrição. Marañon poude dizer que todas as doenças tem facetas endocrinas, ora toda a atividade endocrina se relaciona com a hipofise.

Ha, sem duvida, exagero em algumas conclusões apresentadas; certos fatos precisam ser confirmados; existem questões obscuras, que carecem de maior exame e de novas observações, para serem esclarecidas; talvez seja necessario recuar deste ou daquele ponto, em que o avanço foi venturoso, mas é forçoso reconhecer que é imenso o trabalho e consideravel o progresso realizados.





Na hipófise anterior existe um contraste anatomo-fisiológico interessante: enquanto o estudo morfológico só conseguiu distinguir 3 variedades de células, a fisiologia já descobriu cerca de 20 hormônios.

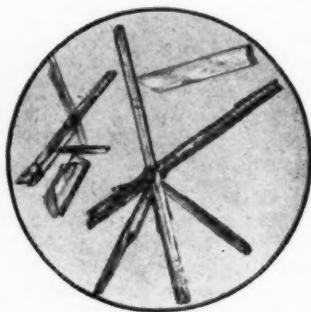
Ha, seguramente, aí um paradoxo a desfazer, um problema relevante a resolver.

Nos últimos dez anos, é cada vez maior o destaque que assume em clínica, essa pequena glândula que esteve, durante tanto tempo, relegada a um papel secundário; hoje, com seu prestígio em plena ascensão, orienta toda a nutrição e domina a maior parte da patologia funcional.

VITAMINAS SYNTHETICAS "ROCHE"

B₁ = BENERVA "ROCHE"

TODAS AS HIPOVITAMINOSES B₁



Nevralgias diversas.

Asthenia.

Distúrbios intestinaes.

Dores musculares.

Polynevrites diversas (alcoólica, diabética, malarica, gravídica, tóxica, infecciosa).

Sciatica. Nevrites crural, facial, óptica, etc., etc.

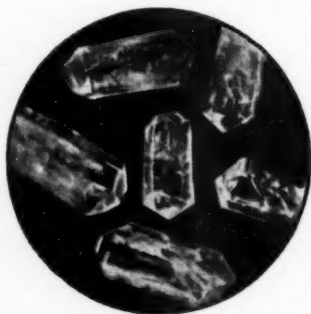
Ampolas de 2 mg. (Caixa de 6)
Comprimidos de 1 mg. (Vidro de 20)

BENERVA FORTE ROCHE

Para supprir, em casos graves, os grandes déficits em vitamina B₁
Ampolas de 10 mg. (Caixa de 3)

C = REDOXON "ROCHE"

Todas as hypo e avitaminoses C.



Diatheses hemorrhagicas. Carie dentaria e gengivite da gravidez, vomitos incoerciveis. Dystrophia, coqueluche, diphteria, affecções pyogenicas dos lactentes. — Prophylactico dos accidentes post-operatorios. Furunculose, ulcerações. Estados pre e eschizophrenicos.

Ampolas de 100 mg. (Caixa de 6)
Comprimidos de 50 mg. (Tubo de 20)

REDOXON FORTE ROCHE

Para supprir, nas doenças infecciosas, os grandes déficits em vitamina C.
Ampolas de 500 mg. (Caixa de 3)

PRODUCTOS ROCHE S. A.

CAIXA POSTAL 329 — Rio

Hemocultura em Liquoid *

II

Dr. J. P. Carvalho Lima e Maria Arantes

Trabalho do Instituto Bacteriológico de São Paulo.

Diretor: J. P. CARVALHO LIMA.

Em trabalho anterior¹, publicámos o resultado de 400 hemoculturas, das quais 365 de doentes suspeitos de febre tifóide do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", nas quais empregámos, comparativamente, *LIQUOID* e bile-nutrose. Obtivemos os seguintes resultados para bacilo tífico:

Positivos só em Liquoid	37
Positivos só em bile	15
Positivos em Liquoid e bile	87
Negativos em Liquoid e bile	226
Total	365

Houve superioridade do *LIQUOID*. Em 37-15 = 22 casos, a cultura só demonstrou bacilo tífico graças ao emprêgo do *LIQUOID*.

O *LIQUOID*, preparado de Demolle e Reinert², introduzido no mercado pela Fábrica Hoffmann-La Roche, é um polianeto-sulfonato de sódio. Produto sintético, de efeito anti-coagulante idêntico ao da *Hirudina*, princípio ativo da sanguessuga, *Hirudo medicinalis*. Pó branco. Pertence à categoria das substâncias aromáticas, de estrutura molecular elevada e à qual está filiada a *novirudina* pura. Dissolve-se em solução de cloreto de sódio a 0,85 %, dando solução incolor, límpida e estável, dotada de ação hemolítica *in vivo* e *in vitro*. O pH da solução a 0,5 %, oscila em torno de 6.3. A atividade anti-coagulante do *LIQUOID* se calcula em "unidades anti-coagulantes". "Unidade anti-coagulante" é a quantidade mínima de substância que impede a coagulação de 4 cc. de sangue de cabra no período de uma hora. Uma unidade anti-coagulante é contida em 0,00026 de *LIQUOID*. Isso significa que 1 grama corresponde a 3.850 unidades.

(*) Lido na reunião científica, do Instituto Bacteriológico de S. Paulo, de 21 de Outubro de 1939.

Segundo Battistini³, o *LIQUOID* possui ação inibidora sobre a trombina, principalmente sobre o pro-fermento correspondente, a protrombina, que alguns A.A. afirmam presidir o fenômeno da coagulação e o fenômeno complementar. Battistini demonstrou o forte poder anti-complementar do *LIQUOID*. Injetado em coelho na dose de 0,1 centgr. por quilo do animal, por via endovenosa, faz desaparecer todo o complemento. O sangue tratado pelo *LIQUOID* perde, inteiramente, o poder bactericida. A dose mínima capaz de tornar o sangue incoagulável e anticomplementar é 0,1 cc. da solução a 0,5% em solução fisiológica, por cc de sangue. Massa e Battistini⁴ verificaram que em solução a 1%, na quantidade de 1 cc. por tubo, impede a coagulação de 4-5 cc. de sangue e afasta inteiramente o seu poder bactericida, tornando o próprio sangue do doente o meio ideal para a cultura do germe suspeito. Realizaram experiências, com excelentes resultados, principalmente para os germes do grupo estreptococo e do grupo tífico. Verificaram, também, a superioridade do *LIQUOID* sobre a *Novirudina*.

Usamos nas primeiras experiências *LIQUOID* a 0,5 %, em solução fisiológica, distribuindo em tubos de 16×16, em quantidades de 1 cc., esterilização a 121°C., 20 minutos, no autoclave. Além da superioridade do *LIQUOID* na febre tifóide, notamos a sua grande vantagem nos casos em que suspeitando bacilemia tífica, havia, entretanto, no sangue, outros organismos.

Foram assim isolados estafilococos, estreptococos, tetrágenos, pneumococos, brucelas, e, uma vez, bacido de Koch. Este caso de bacilemia por bacilo de Koch foi sobretudo interessante e o crescimento se verificou em 3 dias. Nenhuma vez foi obtida hemocultura positiva para meningococo.

Verificada a superioridade do *LIQUOID* para as hemoculturas nas febres tifóides, o meio foi adotado no Hospital de Isolamento de São Paulo, em vez de bile-nutrose, principalmente porque esclareceria também os casos em que em vez de bacilos tíficos houvesse no sangue outras bactérias, casos que não seriam esclarecidos com o uso da bile-nutrose.

Continuamos, porém, empregando a clássica bile-nutrose, nos casos em que recebemos o sangue coagulado, na maioria das vezes do interior.

O presente trabalho é a observação de 1.710 hemoculturas praticadas:

Em <i>LIQUOID</i>	513
Em bile-nutrose	1.136
Em caldo glicosado	11
Em Liquid e bile	8
Em Liquid e caldo glicosado	42
Total	1.710

Técnica:

O *LIQUOID* usámos, desta vez, em solução a 1 %, em solução fisiológica, como recomendam Massa e Battistini. Quantidades de 1 cc. para cada tubo.

A bile-nutrose, preparámos pelo processo habitual: bile de boi, fresca, filtrada, mais 1 % de nutrose. Esterilização a 121°C., 30 minutos.

O caldo glicosado, empregámos com 0,1 % do açúcar, distribuído em balões de fundo chato, contendo pérolas de vidro.

Êsses meios uma vez semeados, com sangue, são colocados na estufa, 24 horas. Findo êsse tempo são observados para verificar si houve crescimento de bactérias. Do caldo glicosado e do *LIQUOID* fazem-se preparações coradas pelo método de Gram e por um processo especial para ácido-resistentes. Depois semeiam-se em placas de meios especiais para pesquisa de germes intestinais e em placas de ágar-sôro e ágar-sangue. Da bile-nutrose semeiam-se placas de meios especiais para o grupo entérico.

Das placas isolam-se colônias que serão identificadas por fermentação de carboidratos e provas sorológicas, si necessário.

RESULTADOS

Das 513 hemoculturas em *LIQUOID* obtivemos 131 positivas e 382 negativas. Das positivas obtivemos os germes seguintes:

Eberthella typhosa	94 vezes
Salmonella schottmülleri	2 "
Escherichia coli	1 "
Diplococcus pneumoniae	8 "
Streptococcus hemolyticus	2 "
Staphylococcus aureus	13 "
Staphylococcus albus	11 "

131

Das 1.136 hemoculturas em bile-nutrose obtivemos 253 positivas para os germes seguintes:

Eberthella typhosa	237 vezes
Eberthella typhosa e	
Shigella paradysenteriae, var. Hiss	1 "
Salmonella schottmülleri	12 "
Samonella paratyphi	1 "
Escherichia coli	1 "
Staphylococcus aureus	1 "

253

Das 11 hemoculturas em caldo glicosado, apenas 2 foram positivas, dando:

<i>Streptococcus viridans</i>	1 vez
<i>Staphylococcus albus</i>	1 „
	<hr/>
	2

Das 8 hemoculturas em *LIQUOID* e bile, 3 foram positivas em ambos os meios para os germes seguintes:

<i>Eberthella typhosa</i>	2 vezes
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 „
	<hr/>
	3

Das 42 hemoculturas em *LIQUOID* e caldo glicosado, 14 deram positivas, isolando-se os seguintes germes:

<i>Staphylococcus aureus</i>	5 vezes
<i>Streptococcus hemolyticus</i>	3 „
<i>Streptococcus viridans</i>	1 „
<i>Diplococcus pneumoniae</i>	1 „
Bacilo do grupo <i>Proteus</i> e	
bacilo do grupo difteróide. . . .	1 „
Bacilo do grupo Pfeiffer. . . .	1 „
<i>Eberthella typhosa</i>	1 „
<i>Neisseria intracellularis</i>	1 „
	<hr/>
	14 „

Aqui verificámos que a *Neisseria intracellularis* só cresceu em caldo glicosado e o *Staphylococcus aureus*, só em *LIQUOID*. Nos outros casos houve correspondência de resultados.

HEMOCULTURAS DE LEPROSOS

Praticámos hemocultura em *LIQUOID*, em 17 casos de lepra. Em 4 obtivemos resultados positivos.

Registrámos com o sangue dum doente, a mesma fase celular já obtida com a serosidade de tubérculos. Desde 24 horas de estufa foi notada a presença de fina poeira na superfície do soro. Com 48 horas fizemos preparação, constatando somente células cianófilas esféricas isoladas e agrupadas. No 5.º dia tornaram-se distintos os fragmentos de véu e a preparação revelou bacilos

ácido-resistentes isolados ou reunidos em globias, como é característico dessa bactéria, e células esféricas ácido-resistentes encerrando germes. Esse doente assim como 2 outros achavam-se com reação leprótica. O outro doente cuja hemocultura foi positiva, achava-se sem reação leprótica.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos com o emprêgo do *LIQUOID* na prática das hemoculturas nos leva a uma série de considerações. Não há dúvida alguma quanto à excelência do sangue-*Liquoid* como meio de cultura. Grande número de bactérias crescem facilmente. Uma única exceção até agora — o meningococo. Num caso de meningite fizemos hemocultura em *LIQUOID* e em caldo glicosado. O resultado foi positivo neste último meio e negativo em *LIQUOID*. Coincide esse resultado exatamente com o trabalho de von Haebler e Miles⁶ que afirmaram que na concentração de 0,1-0,2 % o *LIQUOID* inibe o crescimento do meningococo. Estamos fazendo experiências com outros germes para ver si algum se comporta de modo idêntico. Para os cocos Gram positivos a hemocultura em *LIQUOID* oferece grande vantagem. Não ha morte da bactéria ao fim de alguns dias como ocorre no caldo glicosado, graças à fermentação do açúcar. Pneumococos e estreptococos foram obtidos numerosas vezes. Num caso de meningite o exame do Liquor foi repetidas vezes negativo. A hemocultura em *LIQUOID*, entretanto, revelou facilmente a presença de *Streptococcus hemolyticus*. O bacilo de Pfeiffer cresce admiravelmente em *Liquoid*-sangue. Os bacilos disentericos e colis, idem. Resulta dessas considerações que para uma hemocultura geral o *Liquoid*-sangue do paciente torna-se o meio de cultura ideal. Devem-se usar também tubos de *LIQUOID* com vaselina líquida para surpreender germes anaeróbios. E' preciso, sem dúvida, técnica rigorosa e rigorosa assepsia na colheita do sangue, sem o que as contaminações perturbam completamente os resultados. Também não se deve usar o *LIQUOID* quando se recebe o sangue coagulado. Para estes casos se reserva o emprêgo da bile-nutrose. O caso positivo para bacilo de Koch nos obriga a maiores investigações, mas, tudo indica que bons resultados serão verificados, sabido que o bacilo de Koch cresce admiravelmente em meio com sangue, como o meio de Bordet e Gengou.

Mais cuidados, ainda, merecem as pesquisas em torno da Lepra: ao retirar o sangue, fazer esfregaços, verificar presença ou ausência de bacilos ácido-resistentes e comparar essas preparações com as preparações do crescimento de germes ácido-resistentes por ventura observados nos tubos de *Liquoid*-sangue.

CONCLUSÕES

Do presente trabalho concluímos que para as hemoculturas gerais, tôdas as vezes que se puder semear o sangue em tubos de LIQUOID, a mistura Liquoid-sangue do doente torna-se o meio ideal, para a maioria das bactérias. Sempre que se receber sangue coagulado a bile-nutrose deve ser preferida para isolamento dos germes do grupo entérico. Maiores investigações precisam ser feitas quanto às hemoculturas em LIQUOID, de doentes de Lepra e tuberculose. O LIQUOID parece inibir o crescimento do meningococo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

RESUMO

O trabalho se refere a hemoculturas praticadas em LIQUOID, produto sintético, semelhante à hirudina, princípio ativo da *Hirudo medicinalis*. LIQUOID a 1 % em solução fisiológica, impede, na quantidade de 1 cc., a coagulação de 4 cc. de sangue do paciente. Como, além de anti-coagulante, o LIQUOID destrói o poder bactericida do sangue, a mistura Liquoid-sangue do paciente torna-se o meio de cultura ideal para as hemoculturas em geral. Os A. A. obtiveram uma hemocultura positiva em caso de tuberculose e verificaram resultados animadores em casos de Lepra. Não obtiveram resultados positivos em casos de meningococcemia. O LIQUOID impede o crescimento da *Neisseria intracellularis*. Os germes do grupo entérico, os cocos em geral e o bacilo de Pfeiffer desenvolvem-se rapidamente.

SUMMARY

The present work refers to blood-cultures made in Liquoid, which is a synthetic product, similar to hirudin, the active principle of *Hirudo medicinalis*. One cc. of Liquoid in 1 % saline solution, prevents clotting of 4 cc. patient's blood. As, besides preventing clotting, Liquoid also destroys the bactericidal properties of blood, the combination Liquoid-patient's blood becomes the ideal culture medium for blood-cultures.

The Authors obtained positive blood-cultures in one case of tuberculosis and encouraging results in leprosy cases. No positive results were obtained in cases of meningococcemia. Liquoid prevents growth of *Neisseria intracellularis*. The germs of the enteric group, the cocci in general and the Pfeiffer bacillus, grow rapidly.

REFERÊNCIAS

1. CARVALHO LIMA — Brasil Médico, 1938, LII, 1184-1186.
2. DEMOLLE e REINERT — Arch. F. Exp. Path. u. Pharm. 1930, 6, 158.
3. BATTISTINI — Fisiol. e Med., 1932, n.º 4.
4. MASSA e BATTISTINI — Zeit. f. Bakt., 1934, CXXXI, 241.
5. VON HAEBLER e MILES — Jour. Path. Bact., 1938, XLVI, 245.

O metabolismo basal

Considerações gerais.

Historico. — Definição. — Tabélas estrangeiras. — O clima e o metabolismo basal. — Temperatura efetiva. Trabalhos nacionais.

Dr. Ulysses Lemos Torres

Assistente de "Clínica Médica", Chefe de seção Metabolismo Basal do Laboratório do Hospital S. Paulo*

Em 1870 Lavoisier mediu pela fusão do gelo, a quantidade de calor produzida por uma cobaia em um dado tempo; entretanto, cria ele, que todo o processo de combustão se fazia ao nível dos pulmões e foi Magnus Levy quem demonstrou que as combustões se faziam ao nível dos tecidos.

A medida deste calor em indivíduo em jejum e em repouso, na unidade de tempo e de superfície é o que constitui o metabolismo basal, isto é, o mínimo energético indispensável á manutenção da vida. Este mínimo energético para um mesmo indivíduo é constante (concepção do MB como constante fisiologica individual), variando pouco de indivíduo para indivíduo do mesmo sexo e idade, sendo porém, regulares as variações para diferentes idades e sexo.

Portanto, pelo MB teremos a noção exata do anabolismo e catabolismo, isto é, mediremos a intensidade da vida celular. Contudo, a medida que obteremos não é somente devida ao metabolismo celular, o que só seria possível, si conseguissemos afastar o trabalho cardíaco, respiratório, movimentos das alças intestinais, etc.

Segundo Loewy e Scharaeter, 4% seriam devido ao trabalho do coração, 5% ao dos rins, 10% ás contrações dos musculos respiratórios. Para Speck e Zuntz, 15% seriam devido ás contrações das fibras lisas do tracto intestinal, tonus muscular e outras funções, tais como o trabalho secretório das glandulas, etc.

O verdadeiro metabolismo basal, o metabolismo ideal, seria obtido pela subtração da cifra obtida, segundo Krogh, de 25%, que representam aproximadamente a cifra devida ás funções orgânicas. Determinado em jejum e á "temperatura critica", isto é, á 33.º; pois, neste ponto, a temperatura tem menor influência sobre o metabolismo.

O metabolismo basal, sendo a expressão da atividade celular, basta-nos para exaltar sua importância. Sendo o sistema endó-

* Serviço do Prof. A. de Lemos Torres.

crino o regulador dessa atividade, poderemos dividir as glandulas deste, em anabólicas, catabolicas e indiferentes, segundo a sua influencia sobre o MB. Em face de um M.B elevado ou baixo poderemos deduzir da hiperfunção ou hipofunção, principalmente da tiróide, que é a glandula catabolica por excelência.

Estabelecida a noção do MB como constante fisiologica para um mesmo individuo e com pequenos desvios de um para outro individuo do mesmo sexo e idade, logo se impoz a necessidade de estabelecer taxas padrões, levando em conta a idade e o sexo.

Em 1914, F. Benedict, Emmes e Paul Roth (3) publicaram 89 determinações em homens normais de 16 a 78 anos, e em mulheres normais de 15 a 52 anos, usando não só casos pessoais como de outros autores.

Foi, porém, Du Bois em 1916 (39 e 59) quem primeiro organizou tabélas com 8 casos pessoais e 46 de outros colegas, e são estes 54 casos que constituiram a base dos clássicos padrões de Aub e Dubois que daremos a seguir:

TABELA DE AUB e DU BOIS

IDADE	HOMENS	MULHERES
14 - 16 anos	46 calrs.	43 calrs. p.m. ³ e hora
16 - 18 "	45 "	40 " " "
18 - 20 "	41 "	38 " " "
20 - 30 "	39,5 "	37 " " "
30 - 40 "	39,5 "	36,5 " " "
40 - 50 "	38,5 "	36 " " "
50 - 60 "	37,5 "	35 " " "
60 - 70 "	36,5 "	34 " " "
70 - 80 "	35,5 "	33 " " "

Em 1919 Harris e Benedict citados por Marcel Labbé (39), publicaram o resultado de 136 observações em homens normais de 15 a 64 anos e em 103 mulheres de 15 a 74 anos.

Damos a seguir o quadro em que reduzimos as calorias de 24 horas para uma hora para melhor comparação.

IDADE	HOMENS	NUMERO	MULHERES	NUMERO
15 - 19 anos	40,35	11	37,28	12
20 - 24 "	39,42	59	36,52	35
24 - 29 "	38,30	33	37,02	20
30 - 34 "	38,04	15	36,72	4
35 - 39 "	35,70	7	34,51	9
40 - 44 "	36,15	5	33,73	6
45 - 49 "	32,12	1	40,62	1
50 - 54 "	—	—	32,17	6
55 - 59 "	36,00	2	30,88	4
60 - 64 "	34,41	3	32,01	3
65 - 69 "	—	—	30,12	1
70 - 74 "	—	—	32,00	2

Contudo, a melhor tabéla é aquela por êles publicada no *Carnige Inst. Public.* 279, onde levam em conta os fatores: idade, sexo, peso e altura. Por meio desta pôde se calcular o metabolismo mínimo, isto é, de 24 horas, para pessoas de 21 a 70 anos, de 25 a 124 quilos e de 150 a 200 cms. de altura. Por ser muito extensa não a transcrevemos aqui. E' contudo, facilmente encontrada, nos livros: *Enfermedades de la Nutricion de Umber*; — *Le Metabolisme Basal de Marcel Labbé*; *Doenças de Nutrição de Salvio Mendonça* e no *Tratado de Metabolismo y Enfermedades de la Nutricion de S. J. Thannausser*.

Em 1921, (59), Benedict e Talbot fizeram nova publicação baseando-se em 128 observações de rapazes e 114 de moças.

Os padrões de Du Bois e os de Benedict coincidem mais ou menos entre si; na maioria a diferença oscila entre 0 e 5 %, porém, nos desvíos extremos vai de 10 a 20 %. Pelo exposto, vemos que ha diferenças regulares das tabélas entre si, e que também algumas médias foram obtidas de um numero pequeno de casos.

Stalkesbring e Boorgstron registaram em Nova Orleans dados inferiores aos de Dubois em Nova York; aos de Harris Benedict em Washington e aos de Dreyer, reduções estas de 18,-16 e 14% respectivamente. Não devemos portanto, admirar-nos da divergência das opiniões quanto a escolha das tabélas. Dreyer, na Inglaterra, prefere as de Benedict, Means, a classica de Du Bois; Boothby e Sandiford, a de Du Bois, modificada por êles e acrescida de mais observações e com grupos de idades menores.

PADRÕES NORMAIS DE DU BOIS MODIFICAÇÃO DE BOOTHBY E DE SANDIFORD

Calorias por metro quadrado e por hora

IDADE	MASC.	FEMIN.	IDADE	MASC.	FEMIN.
5 anos	53,0	51,6	20 - 24	41,0	36,9
6 "	52,7	50,7	25 - 29	40,3	36,6
7 "	52,0	49,3	—	—	—
8 "	51,2	48,1	30 - 34	39,8	36,2
9 "	50,4	46,9	35 - 39	39,2	35,8
10 "	49,5	45,8	40 - 44	38,3	35,3
11 "	48,6	44,6	45 - 49	37,8	35,0
12 "	47,8	43,4	—	—	—
13 "	47,1	42,0	50 - 54	37,2	34,5
14 "	46,2	41,0	55 - 59	36,6	34,1
15 "	45,3	39,6	60 - 64	36,0	33,8
16 "	44,7	38,5	65 - 69	35,3	33,4
17 "	43,7	37,4	—	—	—
18 "	42,9	37,3	70 - 74	34,8	32,8
19 "	42,1	37,2	75 - 79	34,2	32,3

Examinando-se os casos normais que serviram para o estabelecimento das médias, pode-se ver que os desvios extremos se afastam, às vezes bastante, da média aritmética.

Estes desvios da média foram atribuídos, não só às variações individuais, como também à margem de erros inerentes ao método; assim para Dubois, Magnus-Levy e Biedel são normais todos os que não se afastam da média, além de +10 ou -10%.

Wolff e Goutier, acham que o afastamento para além de -10% tem muito mais valor, do que quando ele se dá além de +10%. Para Kestiner o limite de erro seria de +5 e -5%. Para Niederwilser de +10% para os doentes hospitalizados e +15% para os não hospitalizados e no desvio para menos somente de -5% para ambos. Para Harris e Benedict este limite de erro está entre +15 e -15%.

Além dessas tabelas, Dubois, Means e Benedict, citados por Lusk (34) estabeleceram a média geral para o homem adulto de 20 a 50 anos como se vê no quadro seguinte:

AUTORES	INDIVID. NORMAIS	CALC. POR M ² E H.	MAX. VARIAÇÃO %
Du Bois	Nove (9)	39,7	+ 4 e - 6
Means	Nove (9)	39,6	+ 7,6 e -7,1
Benedict	Oitenta e dois (82)	38,9	+10 e -10

Todas essas tabelas e a média geral do adulto foram feitas em países de zona fria e adotadas em todos, mesmo nos de zona tropical.

Vejamos qual a influência que o clima possa ter sobre o MB. A temperatura dos homeotermicos mantém-se constante e é de certo modo independente da temperatura ambiente, graças a um mecanismo de regulação. Póde-se mesmo falar em aparelho termo-regulador, no qual existem dois mecanismos antagônicos, mas sincrônicos: a termólisis essencialmente físico e a termogênese, mecanismo essencialmente químico.

TERMOGENESIS:

Existe no sistema nervoso central na região hipotalâmica, melhor localizando, no território do infundibulum e tuber cinereum, um centro que regula a termogênese. Experimentalmente pela punção de Aisenstat obtém-se um aumento da temperatura

DU-BOIS — admite que para as mulheres é -7% sobre a média geral do homem adulto. Num trabalho posterior, reduziu a média do adulto para 39,5.

devido á intensificação das combustões celulares. Lesche e Citron após a destruição desses centros não conseguiram obter fêbre em animais infectados com tripanosomas. O frio, excitando as terminações ortosimpáticas dos capilares, desencadeará uma vaso contração, diminuindo a perda calorica por radiação e abolirá o perspiratio sensibilis, além de que, a excitação ortosimpática irá produzir uma descarga de adrenalina que sabemos intensificar as combustões. O frio excitará ainda a tiróide por intermedio do simpatico, o que foi comprovado em experiências animais nas quais pôde se verificar que diminue a substância coloide desta glandula, e que o seu hormonio catabolico por excelência ativará a queima celular.

TERMOLISIS:

O processo de perda de calor se dá:

- 1.º — condução e radiação;
- 2.º — evaporação da agua (pulmão e péle);
- 3.º — aquecimento dos alimentos;
- 4.º — aquecimento do ar inspirado.

São principais: a condução-radiação, e a evaporação da agua. As perdas caloricas devido ao aquecimento dos alimentos, urina e fêzes, podem ser desprezadas.

Sempre que a temperatura ambiente tenda a elevar a temperatura do corpo ha uma vaso dilatação periférica, por excitação das extremidades parasimpáticas donde resulta um aumento da eliminação de agua, pelo perspiratio insensibilis e sensibilis, que pôde atingir até 70 e 80% da perda calorica total.

Os centros parasimpaticos são mais sensiveis ás temperaturas elevadas que os ortosimpáticos. Galeot, pelo aquecimento dos proprios centros e Heymann pelo aquecimento do sangue carotidiano excitaram os centros do vago. Atribue-se ao aumento do tonus dos centros parasimpaticos uma ação inibidora sobre as combustões, pois a secção dos vagos provoca hipertermia. Além de que, sabemos que a secreção da insulina (hormonio anabolico por excelência) se faz sincrônica com o parasimpático.

O processo de perda de calor varia com a temperatura do ambiente. A' temperatura baixa, ha pouca evaporação da agua e a 37°C não pôde haver perda de calor por radiação e condução (excepto por um aumento de produção do calor do corpo) sendo então a evaporação que remove o calor. Havendo maior perda de calor, com o frio, ha tambem um aumento de produção do calor do corpo, em dependencia dirêta com as substâncias metabolisadas. E' o que Rubner chama de "regulação química".

Baseados na fisiologia da termo-regulação, poderemos compreender como a temperatura ambiente possa influir sobre o metabolismo. A temperatura ambiente é função de vários fatores: temperatura média (gráu de calor), altitude, gráu igrométrico do ar, ventilação, configuração do terreno. O clima não será mais que a resultante de todos êsses fatores, dependendo da constância e intensidade de cada um dêles. A natureza do sólo, condiciona diferente capacidade de absorção e emissão de calor *específico*, sendo mais ou menos favorecido o acúmulo local de calor ou dificuldade de ventilação. A ventilação, por um lado aumentando a dispersão de calor e por outro, influindo sobre a evaporação do suor, tem importância, mesmo quando imperceptível. Rubner calculou que um vento se torna perceptível com a velocidade de 0,4 a 0,5 de metro por segundo, e com a velocidade de 18 cms. por segundo, aumenta de 19 a 75% a perda de calor de uma dada superfície do braço, isto naturalmente dependendo da temperatura do vento.

Quanto á influência da altitude, Douglas, Henderson, Haldane e Schreider, sómente encontraram variações mínimas acima de 4.290 mts. Quanto ao gráu de calor, Rubner mostra a sua influência sobre a termogenesis. Encerrando uma cobaia em um recipiente fechado e dosando o CO_2 em diversas temperaturas de 0° a 40°C constatou um decrescimo do metabolismo de 0° para 35° de tal modo que o metabolismo a 0° é duas vezes e meia maior que á 30°; este aumento é tão grande que poderia ser atribuído a um trabalho muscular intenso do animal, porém, êle não a observou mover-se mais a 0° que a 30°. Segundo Rubner, a 33° é que se observa o metabolismo mínimo; á essa temperatura êle chamou "temperatura crítica". Neste ponto, a temperatura tem menor influência sobre o metabolismo total. Entre 20° e 30° não se observou grandes variações; acima de 30° inicialmente não ha aumento do metabolismo, e isto, é devido á regulação física (por vaso dilatação e sudorese). Se, entretanto, a temperatura subir de maneira a tornar insuficiente a regulação física, como consequência, temos um super aquecimento do corpo, que aumenta o metabolismo celular, e isto se dá a 40°.

A regulação física dependerá das condições do ambiente. O gráu igrométrico do ár inflúe sensivelmente sobre a termo-regulação; em um ambiente húmido o individuo suporta quando muito, uma temperatura de 32° quando em repouso, de 30° quando executa um trabalho moderado. Langlois e Binet mostraram que a temperatura do corpo eleva-se de 1°,5c. si o paciente caminha em um ambiente húmido a 32°c., enquanto que, para êsse mesmo aumento se dar num ambiente sêco, é necessario uma temperatura de 38° c..

Schrötter, fixou em 25° e 28° o limite máximo de temperatura suportada por tropas em marcha, quando a humidade absoluta é de 0,015% e 0,20%. Com a humidade relativa superior a 80%, as temperaturas de 28° a 30° são perigosíssimas, mesmo executando-se um trabalho léve. Como limite, Schrötter fixa a temperatura de 27° com 88% de humidade relativa.

Learsons nos Estados Unidos verificou que quando a temperatura ambiente oscilava entre 18°,3 e 21°,1C e o gráu de saturação de 50 a 60%, havia melhor aptidão e bem estar.

Rubner (30 e 34) nos mostra importantes modificações do metabolismo em relação com a humidade atmosférica. Em um cão em jejum em temperatura média (em diéta média) o metabolismo não se modificou praticamente com o aumento da humidade do ar como se vê:

TEMPERATURA 20., 2	CALORIAS EM 24 HORAS	HUMIDADE POR %
Dia sêco	258,4	34
Dia húmido.	256,6	69
a mais no dia sêco. .	1,8	

Contudo, no cão nas mesmas condições, mas anteriormente submetido a uma diéta liberal, verificou-se o aumento do metabolismo em dia húmido.

TEMPERATURA 20,2°	CALORIAS EM 24 HORAS	HUMIDADE DEP. %
Dia sêco	249,4	13
Dia húmido.	261,9	66
a mais no dia húmido . .	12,5	
aumento de 5%		

Num dia muito quente, mas com o cão submetido a uma diéta moderada, o metabolismo aumenta na atmosfera mais húmida.

TEMPERATURA 35°	CALORIAS POR KG.	HUMIDADE POR %
35°	69,28	9,1
	73,54	30,0

Nesta circunstância o metabolismo aumenta de 6,1% no ar húmido. Isto se dá provavelmente, pelo super-aquecimento das células, em virtude da dificuldade da perda de calor pela evaporação da água. Um ambiente húmido de 0° a 5° também favorece um aumento do metabolismo que, Rubner atribue ao aumento da condutividade do ar húmido.

Murschhauser e Hidding (34) fazendo experiências em cobaias encerradas em ambiente completamente seco e em ambiente completamente saturado observaram á 35° numa temperatura saturada o aumento da temperatura do corpo, e portanto, do metabolismo. Tanto a 20° como a 5° influência do frio era intensificada pela secura do ar, de tal maneira que a produção de calor era 10% mais alta do que no ar saturado a mesma temperatura, e isto é explicado por haver em ar seco um aumento da evaporação de água, resultando um aumento do metabolismo.

Portanto, vemos que o metabolismo e o mecanismo de perda de calor varia com a temperatura e o grau de humidade do ar.

Rubner calculou em dias de humidade comum os diferentes processos de perda calórica de um cão a diferentes temperaturas.

TEMPERATURA	PERDA CALORICA POR CONDUÇÃO E RADIAÇÃO	PERDA CALORICA P. EVAPORAÇÃO DA PÊLE	TOTAL DAS CALORIAS DO M. B.	HUMIDADE %
7.º	78,5	7,9	86,4	24
15.º	55,3	7,7	63,0	34
20.º	45,3	10,6	55,9	29
25.º	41,0	13,2	54,2	19
30.º	23,0	23,0	56,2	14

Rubner representa estes resultados, em grafico que reproduzimos adeante.

Resumindo vemos a grande importância do clima sobre a termo-regulação e sua repercussão sobre o metabolismo basal; entre os fatores que condicionam o clima, vemos que sómente três têm importância:

a) *o grau de calor*: só exerce grande influência sobre o metabolismo do homem nas regiões de temperaturas extremas; nas regiões em que a temperatura média não se afasta muito dos limites entre 20 e 30°, não ha grande influência. Além de que todas as determinações são sempre feitas dentro desses limites;

b) *o fator ventilação*, tem alguma influência, mas de muito maior importância é:

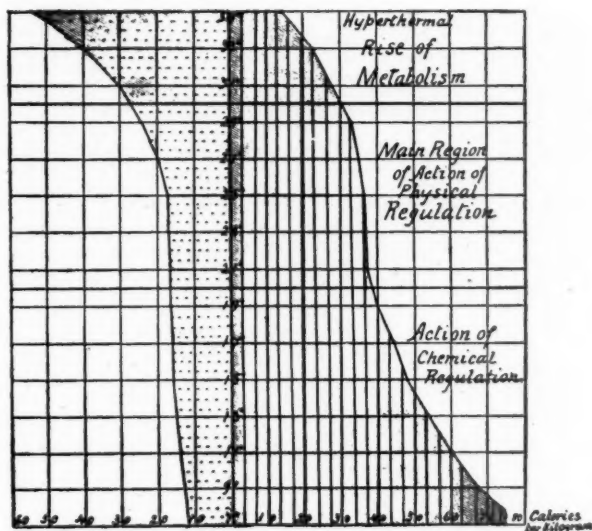


Gráfico de Rubner mostrando o mecanismo de perda calórica no cão em diferentes temperaturas.

A parte riscada: — perda de calor em cães por radiação e condução.

A parte pontilhada: — perda de calor pela evaporação da água.

A distância entre dois pontos opostos das curvas representa o metabolismo total em uma dada temperatura.

c) o grau de humidade pela sua grande variabilidade de clima a clima.

Hiel, Hoüghten e Yagloglu verificaram que as reações individuais a diferentes graus de calor, traduzidas pela pressão arterial, frequência de pulso, modificações da transpiração e ventilação pulmonar, assim como a sensação de frio ou calor, nem sempre estavam em relação concordante com a variação da temperatura. Estas aparentes discordâncias dependiam dos outros fatores do ambiente: grau de humidade e ventilação. De modo que a um mesmo grau de calor podíamos ter reações diferentes e a graus de calor diferentes podia-se ter a mesma sensação de conforto ou desconforto conforme a variação destes outros fatores.

Destas verificações Mc Connel e Yagloglu em 1925 crearam a concepção da "temperatura efetiva" como índice de temperatura, de humidade e ventilação, a qual Missernard e Maury denominaram de temperaturas de igual conforto. Sem a determinação da temperatura efetiva de um e de outro lugar, não poderão ser comparadas as determinações do metabolismo, ainda que feitas em lugares com a mesma temperatura média. A não ser que

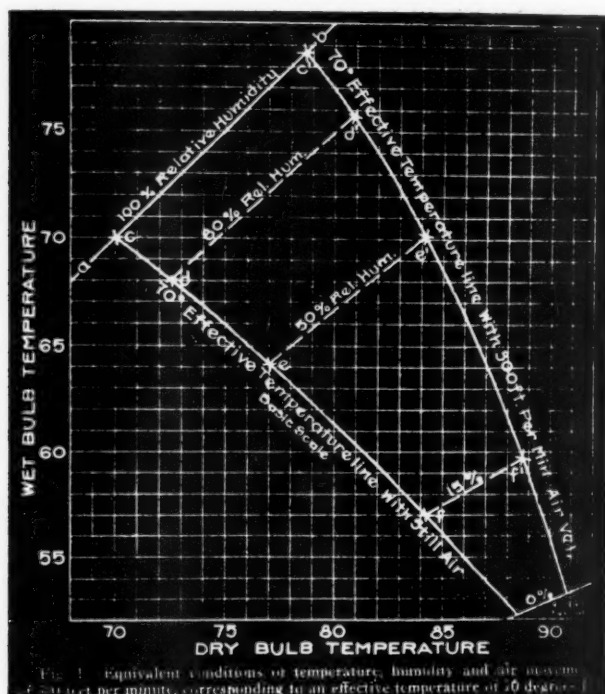


Fig. 3 — Gráfico de Mc. Connell e Yagloglu para determinação da temperatura efectiva. Determinar as temperaturas secas e húmidas. A parte de intersecção das 2 linhas projectadas sobre a linha A C indica a temperatura efectiva.

Gráfico de Mc Connell e Yagloglu, para calcular a temperatura efetiva, retirado do trabalho de V. Azambuja (2).

sejam levados em conta outros fatores; que para o caso será necessário somente conhecer as temperaturas secas e húmidas. O índice de ventilação pôde ser desprezado devido às condições técnicas em que se faz a determinação do MB.

Taylor, citado por Josué de Castro (28), subordinando o conceito de clima à humidade relativa, estabeleceu quatro tipos de clima:

- Clima quente e sêco;
- Clima quente e húmido;
- Clima frio e húmido;
- Clima frio e sêco.

O Brasil está situado na zona quente e húmida, segundo Moritze.

Com estas considerações, admite-se perfeitamente, que o MB varia dos árticos aos trópicos. Em 1920 Ozorio de Almeida (48), no Rio de Janeiro (22°, 54' S com temperatura média 23°,4) usando um Chauveau-Tissot, determinou o MB. Primeiramente em 10 brancos de 23 a 40 anos, de boa complexão, habituados ao esporte exercendo profissão liberal e com o peso próximo ao teórico. Estabelecendo a média aritmética desses 10 casos, achou uma redução média de —24% da média geral estabelecida por Dubois, para o homem adulto. Em um segundo trabalho usou dez pretos com a mesma técnica e achou uma redução de —17,3%. Essas verificações de Ozorio de Almeida foram confirmadas por J. C. Ayrosa. Estes trabalhos de Ozorio de Almeida foram os iniciadores da grande polêmica existente sobre o metabolismo basal do homem tropical.

Vem a propósito transcrevermos um capítulo do prefácio do Prof. Escudero, do livro "Alimentação no Brasil" de J. de Castro (20).

ESTADO ACTUAL DE LA QUESTION

Los investigadores estan divididos en dos grupos: de un lado estan los que afirman que el metabolismo basal de los hombres de todos los climas es igual; y los que afirman, por el otro, que los habitantes del trópico tienen en consumo menor de calor. Estudiemos separadamente estos dos grupos.

A. Ozorio de Almeida halla en Rio un grupo de veinte personas en quienes el metabolismo es inferior al 20% comparado con el standard americano; W. Fleming afirma el 6% menor para los habitantes de las Filipinas; G. Macleod y E. Crofts y F. C. Benedict hallan en siete chinas y dos japonesas que estudiaban en América del Norte, que el metabolismo basal se halla reducido en um 10,4% con respecto a las americanas. E. S. Sundstroen halla en ocho hombres y en seis mujeres que el metabolismo está reducido em 10 y 21,5% respectivamente (*).

O. Montero en once hombres y cinco mujeres de Habana halla una reducción de 15 %, por ultimo el autor de este trabajo J. de Castro, halló en quince personas de Recife, una disminución de 12,8% sobre las cifras universalmente aceptadas como normales.

Un segundo grupo de investigadores afirma lo contrario: Eijkman en sus trabajos de 1921 y 1929 afirma que el metabolismo para los nativos de Batavia es comparable a las cifras halladas en los países templados y frios; J. A. Coro en dos tra-

(*) — Homens 25,5 a 36,1 " média 31
Mulheres. 22,1 a 38,8 " média 27,8

bajos publicados en 1928 y 1930, que reputamos los más importantes publicados sobre el tema, sobre 462 observaciones de nativos de Habana llega a la conclusión "que el metabolismo basal de los habitantes de Cuba es sensiblemente igual al de los países templados".

H. Hurtado sobre 167 determinaciones hechas en Lima, llega a la conclusión que ni la raza ni el clima tienen influencia sensible sobre el metabolismo basal referido a los países templados; P. Mazzocco sobre 61 soldados de la ciudad de Salta, situada en la parte norte de la Argentina, en zona subtropical, halló metabolismo comparable a las cifras aceptadas universalmente; J. Enriquez Roca halló en 20 normales de la ciudad de Méjico que coincidían con las cifras americanas; Okada, Sacural y Kameda, de Tokio, hallaron que el metabolismo era en 53 nativos examinados casi igual al atribuido al europeo y al americano.

Considerando que todos los autores tienen la misma capacidad de investigación, que todas las cifras son la expresión de la verdad científica, se nota, sin embargo, que hay una diferencia considerable entre le capital de observación de los dos grupos.

Sumando las observaciones del primero no se llega a cien casos analizados, mientras que los que afirman que el metabolismo es igual en el trópico que el resto del globo aportan un total que pasa de 800 observaciones. En determinaciones tan delicadas como el metabolismo basal, expuestas a mil causas de error, el número elevado es un aliado de la verdad".

* * *

Podíamos ainda acrescentar ao grupo de Eijkman, os trabalhos de Sordelli que determinou o M.B. em alguns indivíduos normais em Buenos Ayres e concluiu, pela identidade das taxas com os padrões americanos. Young fez determinações em zona tropical (19° S.) em alguns europeus recém-chegados e foi acompanhando as mesmas. No fim de um certo tempo notou que a elevação inicial desaparecia, voltando à taxa anterior. Caspari não verificou alteração do metabolismo basal nos alemães na África.

Em favor dos trabalhos de Ozorio de Almeida ainda ha o de Borgard que encontrou uma diminuição média de 6,4% nos habitantes dos trópicos; os de Collete na Australia que encontrou reduções em comparação com as tabelas de Dubois e Benedict.

* * *

Melhor que estendermo-nos em citações será transcrevermos na íntegra o quadro publicado por F. Moura Campos, no seu trabalho "*Metabolismo Basal nos Países Tropicais e Sub-Tropicais*" (40).

Apresenta-nos o número dos casos favoráveis a Eijkman e a O. Almeida.

**OBSERVAÇÕES DE METABOLISMO BASAL EM REGIÕES TROPICAIS
E SUB-TROPICAIS INDICANDO EM SUA TAXA INFERIOR AO
PADRÃO AUB — DUBOIS (*)**

A U T O R E S	DATA	N.º DE OBSER- VAÇÕES	REGIÃO
A. Ozorio de Almeida	1919	20	Rio de Janeiro
A. Ozorio de Almeida	1924	8	Rio de Janeiro
Moura Campos e Paula Santos	1928	79	S. Paulo
Rego Barros	1930	30	S. Salvador — Baía
Castro	1931	95	Recife — Pernambuco
Moura Campos	1932	10	S. Paulo
Camargo	1934	4	S. Paulo
Dutra de Oliveira	1934	18	S. Paulo
Viegas e Viegas	1937	48	Belo Horizonte — Minas
<i>Estados Unidos</i>			
Stafkesbring e Borgstrom	1926	9	New Orleans
Tilt	1930	52	Florida
Coons	1931	101	Oklahoma
Nalbandov e outros	1937	117	
<i>Antilhas</i>			
Montero	1921	10	Havana — Cuba
Ataggerda e Benedict	1928	47	Jamaica
<i>Asia</i>			
Mukhejee	1926	15	Bengala — India
Turner	1928	12	Síria
Turner e Aboushadi	1930	33	Síria
Benerji	1931	145	Bengala — India
Mukherjee e Gupta	1931	18	Angra e Outh — India
Mason e Benedict	1931	54	Varias tribus — India
Krishnan e Vareed	1932	76	Madras — India
Rahman	1936	32	Hyderabad — India
Sohkey	—	21	Bombaim — India
Mason	—	9	
<i>Oceania</i>			
Knipping	1925	18	Java e Borneo
Hindmarsh	1927	76	Sidney e Australia
Sundstroem	1927	14	Australia
Berknout	1920	12	Java
Martin	1930	1	Australia

(*) O autor não incluiu neste quadro os resultados obtidos por Flemming, Cordeiro, Ignacio, Concepcion, Collete, Horsley, Wardlaw, Saiki, Yano, Earle, e outros, por não ter conseguido ler artigos originais.

**OBSERVAÇÕES NÃO INDICANDO REDUÇÃO DO METABOLISMO
TROPICAL (**)**

Eijkman	1920	22	Java — Batavia
Mazzocco	1928	76	Salta — Argentina
Roca	—	20	Mexico
Hurtado	1928	167	Perú
Castex e Schteingart	1929	400	Buenos Ayres — Argentina
Coro	1930	462	Havana

(**) O autor não conseguiu informações sobre o numero de observações de Sordelli, Gaspari e Schilling. E acha que não podem servir para estabelecimento de padrões os de Mazzocco e os de Castex e Schteingart por motivos que transcreveremos adiante.

Em torno do mesmo quadro o autor focaliza a debatida questão e responde a Escudero:

"Vê-se, em resumo, que não existe no momento, acordo entre os pesquisadores. Parece-nos, porém, que não assiste razão a Escudero quando afirma a superioridade numérica dos argumentos a favor da teoria de Eijkman.

As oitocentas observações por êle apresentadas a favor da opinião de Eijkman merecem, porém, uma certa crítica. Mazzocco trabalhou na cidade de Salta, no norte da Argentina, cuja situação é de 24° 46' lat. N. zona sub-tropical. Colocada a 1.178 metros de altitude, diz o autor, o seu clima é temperado. Daí não ser possível comparar os seus resultados com os colhidos no Brasil. As observações de Sordelli e as de Castex e Schteingart foram feitas em Buenos Ayres. Esta cidade não tem clima tropical. Colocada a 34° 36' S. fica no extremo da zona sub-tropical sul, na passagem para a zona branda, da temperatura sul. As observações de Mazzocco, realizadas na sua maioria em soldados de um regimento de artilheria de montanha, não, podem servir para a organização do padrão tropical. Está provado que o metabolismo basal nos que praticam ativamente os desportos é superior á media geral. Provaram isso, entre nós, Ozorio de Almeida e Souza Campos, este último em nossos Laboratórios.

As observações de Coro podemos antepor as de Montero realizadas na mesma região, em Cuba, embora aquelas em numero muito superior. As de Eijkman estavam eivadas de erro de técnica e foram os seus dados negados por Berkhout, que trabalhou no mesmo laboratorio, em época diversa.

As observações de Roca no Mexico, não pôdem se harmonisar com as de Benedict e colaboradores, na península de Yucatan. Ficam as de Hurtado, realizadas no Perú.

Vê-se pois que são muito mais regulares e concordantes os dados obtidos em zonas sub-tropicais e tropicais que afirmam a existência de certa redução da despesa energetica".

* * *

Josué de Castro em 1934 (28) determinou o MB em 15 habitantes do nordeste do Brasil, de 19 a 44 anos, sexo masculino, que não apresentavam nenhuma molestia reconhecível e possuíam bom índice de robustês, e exerciam trabalho habitual. Tirando, como Ozorio de Almeida a média de todos o MB, não levando em conta a idade, havendo um de 19 anos, encontrou a média

de 34,6 que seria a média do MB do adulto, portanto uma diferença de —12,8% do estabelecido por Du Bois em New York.

Não podendo explicar esta menor redução dos habitantes do nordeste em relação aos do Rio de Janeiro, com grau de temperatura, pois deveria ser o contrario, visto ser a temperatura média no nordeste mais elevada que a do Rio de Janeiro, explica êle esta aparente discordância pela humidade relativa maior no nordeste.

Vasco Azambuja em 1935 (2) no Rio de Janeiro determinando o MB de nove indivíduos adultos, brancos, normais, sendo sete homens de 22 a 33 anos e de duas mulheres de 22 a 37 anos, estabeleceu o seguinte quadro:

S E X O	N.º DE CASOS	IDADE	CALS. MÉDIA DETERMIN.	MED. DU BOIS	DIFERENÇA
Homens . . .	7	22 - 23	33,0	29,7	- 16,9%
Mulheres. . .	2	22 - 37	31,9	37,0	- 13,7%

E ainda estabeleceu uma terceira média que chamou de média geral, juntando os resultados dos 7 homens adultos, aos das 2 mulheres, não levando em conta o sexo.

Atribue a diferença dos seus resultados com os de Ozorio de Almeida o fato de não ter reduzido os valores do O₂ a temperatura de 0°C e 700 B.

Em 1928, F. Moura Campos e O. Paula Santos (23) em São Paulo, apresentaram 86 observações feitas no Instituto Disciplinar de S. Paulo em rapazes de 10 a 19 anos, sendo 56 brancos e 30 prêtos, havendo 3 estrangeiros.

Todos os rapazes tinham o mesmo padrão de vida, a mesma alimentação, etc. As determinações foram feitas de Janeiro a Abril, sob temperatura média de 20°,05 numa pressão barométrica media de 676,2 e em humidade relativa de 82,6%.

Este foi o primeiro trabalho nacional que levou em consideração a idade, estabelecendo grupos etarios, muito menores de acordo com as tabelas de Aub e Du Bois.

Fazendo primeiramente um estudo de desvio comparativo de brancos e prêtos, que foi o objeto do segundo trabalho de Ozorio de Almeida chegando às mesmas conclusões.

Em seguida, estudando o desvio dos casos segundo as idades, em comparação com os padrões de Du Bois como se vê no seguinte quadro;

IDADE	DADOS DE DUBOIS	MOURA CAMPOS PAULA SANTOS	N.º DE CASOS	DIFERENÇA
10 - 11	51,5	46,5	7	- 10
12 - 13	50,0	44,7	18	- 10,6
14 - 15	46,0	42,6	31	- 8,8
16 - 17	45,0	41,6	22	- 3,3
18 - 19	41,0	37,8	8	- 7,8

Encerram o trabalho concluindo que o MB em S. Paulo, dos 10 aos 19 anos é inferior aos verificados nos países de zona temperada ou fria, que existe um desvio menor no grupo de 16 a 17 anos que foi de —3,3 em relação á tabéla de Du Bois. Comparando com os resultados de Ozório de Almeida, concluem que em S. Paulo o metabolismo basal do adolescente sofre uma perda menos acentuada.

Posteriormente F. Moura Campos, apud. Vasco Ferraz da Costa (26), estabeleceu um quadro completo de medias normaes em brasileiros.

QUADRO COMPLETO DE MEDIAS NORMAIS EM BRASILEIROS

IDADE	MASC.	FEMIN.	
9 anos	50,8	48	Cals. por hora 2 m ² .
10 "	50	47	" " " "
11 "	49	46,1	" " " "
12 "	47	44,2	" " " "
13 "	45,1	42,3	" " " "
14 - 16	45	40,4	" " " "
16 - 18	58,6	57,6	" " " "
18 - 20	58,6	56	" " " "
20 - 40	57,1	55	" " " "
40 - 50	56,2	54	" " " "
50 - 60	55,2	53	" " " "
60 - 70	54,5	52	" " " "
70 - 80	53,4	51	" " " "

Em 1937, V. Paula e Aulo Pinto Viégas, publicaram 48 observações de individuos normais feitas em Belo Horizonte (800 mts. alt.) usando a tabéla de Boothby e Sandiford. Trabalharam com individuos do sexo masculino, na sua maioria de 20 a 30 anos, estudantes de medicina que correspondessem aos quesitos de peso e altura e outras medidas de caráter endocrino, tais como o acido urico, colesterol, etc.

Apresentam o seguinte quadro de desvio das médias em relação às de Sandiford:

M. B.	N.º CASOS EXAMINADOS	PORCENTAGEM
Entre -10 -20	12	25%
" - 0 -10	20	41,7%
" - 0 +10	12	25,0%
" +10 +20	4	8,3%

Tiraram as seguintes conclusões:

- 1ª — o metabolismo basal normal em Belo Horizonte é apenas 3% abaixo das médias de Du Bois, modificadas por Boothby e Sandiford.
- 2ª — Os numeros extremos encontrados foram de —18 e de +14,3%.
- 3ª — As táboas de Du Bois, modificadas por Boothby e Sandiford, podem ser usadas sem alteração para exprimir o metabolismo em Belo Horizonte, já que o desvio de 3% é sem significação clínica.

* * *

Já havíamos encerrado este trabalho, quando chegou-nos às mãos a nota prévia de B. Albgali (1) apresentada com o título "*Metabolismo Basico e Clima*" do 1.º Congresso Pan-Americano de Endocrinologia — Julho de 1939. O autor vem fazendo determinações no Rio de Janeiro em indivíduos normais usando um aparelho New Sandborn (Model E.I.S.), e estabelecendo a temperatura efetiva. Apresenta-nos o resultado de 60 determinações que já realizou, não se referindo, porém, á idade dos pacientes. Comparando as médias obtidas com os padrões de Du Bois.

Obteve um desvio médio de:

S E X O	NUMERO DE OBSERVAÇÕES	PORCENTAGEM
Homens	39	-6,7 %
Mulheres.	21	-3,08%

Em um segundo quadro estuda os desvíos das cifras em relação á media padrão estabelecendo a percentagem:

Entre +10 e -10

S E X O	NUMERO DE OBSERVAÇÕES	PORCENTAGEM
Homens	(25 obs. em 39)	64,1%
Mulheres.	(18 „ „ 21)	85,7%

Entre +10 e + 15

S E X O	NUMERO DE OBSERVAÇÕES	PORCENTAGEM
Homens	(1 obs. em 39)	2,5%
Mulheres.	1 „ „ 21)	4,7%

Entre - 10 e -20

S E X O	NUMERO DE OBSERVAÇÕES	PORCENTAGEM
Homens	(10 obs. em 39)	25,6%
Mulheres.	(2 „ „ 21)	9,5%

ABAIXO DE -20% :

S E X O	NUMERO DE OBSERVAÇÕES	PORCENTAGEM
Homens	(3 obs. em 39)	7,6%
Mulheres.	(0)	

Conclúe: "Os resultados apesar do numero insuficiente de indivíduos examinados refletem a inexistência de redução do MB no Rio de Janeiro e informam as conclusões a que chegaram outros experimentadores com menor número de observações".

Endereço: Av. Brig. Luiz Antonio, 3357

NOTA: — Este trabalho constitúe um preâmbulo de outro a ser publicado e intitulado: "CONSIDERAÇÕES SOBRE 182 DETERMINAÇÕES DE METABOLISMO BASAL, em indivíduos res-ponsivos".

A Bibliografia será publicada conjuntamente com o segundo trabalho.

Sobre a etiopathogenia do abcesso retropeitoral *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Director do Sanatorio São Lucas

Em comunicação feita á Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, em 10 de fevereiro de 1936 (1), insurgimo-nos contra as idéas classicas da etiopathogenia do abcesso retropeitoral — designação que nos parece preferivel á de "abcesso subpeitoral" geralmente acceita, conforme então justificámos. Observação posterior veio fortalecer a nossa convicção, dando motivo a que de novo nos occupemos do assumpto.

Diziamos então:

"A etiologia apontada por certos autores como a mais provavel reside na decorrença de uma infecção do membro superior. Um ferimento infectado, um arranhão, uma simples erosão que passe desapercibida ao primeiro exame poderia ser a porta de entrada do germe causador da suppuração. As barreiras lymphaticas da axilla dar-lhe-iam passagem livre e elle só seria retido nos ganglios infraclaviculares, onde a luta se estabeleceria, sobrevindo a lymphadenite e, em segunda etapa, o abcesso diffuso".

Com effeito, é mais ou menos isso o que ensinam os livros. No "Diagnostico quirurgico" de Duplay, Rochard, Demoulin e Stern, 8.^a edição refundida por este e editada em espanhol em 1933, lá está, á pagina 452: "na maior parte dos casos este phlegmão tem por ponto de partida uma adenite axillar".

O "Tratado Clinico do Diagnostico Cirurgico" de Carlos Werneck e Raul Baptista (Rio, 1921) assim nos explica, á pag. 336 do seu primeiro volume: "segundo dissemos a pouco, os phlegmões inter e subpeitoraes são na verdade adenophlegmões. As adenites que lhes dão inicio não são perceptíveis á exploração clinica: escondidos por baixo da clavicula, do musculo subclavio e das aponevroses, esses ganglios, mesmo quando engorgitados ou inflamados, escapam á nossa palpação. Taes adenites provêm em regra de infecções propagadas da pleiade axillar, que

* Comunicação á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa em 15 de julho de 1937.

(1) Eurico Branco Ribeiro, "Estudos Cirurgicos", II, 195.

por sua vez as recebeu de uma lesão infectada do membro superior ou da mamma. Ellas costumam succeder a panarícios e a mastites”.

Lenormant, no cap. VII — Enfermedades quirurgicas del tórax — do Tratado de Patologia Quirurgica (III, 477, Barcelona, 1934), diz: “As suppurações diffusas e graves, verdadeiros phlegmões da parede thoracica, decorrem as vezes (já citados o hematoma suppurado e as feridas) tambem de uma inoculação directa: Kummel as viu em consequencia de thoracotomia por pleurisia purulenta e Lenhartz depois da punção exploradora de um foco de gangrena pulmonar. Porém o mais frequente é que resultem da diffusão de um adenophlegmão da axilla (Pénot, Serez, Kummel) e a porta de entrada é uma lesão septica do membro superior — um panarício, por exemplo (Kirrmisson)”.

Mais recentemente, fazendo um apanhado geral do assumpto para o *International Surgical Digest*, David Straus (XX, 259, novembro de 1935) esposou os mesmos pontos de vista, declarando o abcesso retropeitoral dependente de “metastase lymphatica dos ganglios infraclaviculares, sem nenhum compromettimento dos ganglios epithrocleares e axillares”.

Pois bem, levantando-nos contra essas idéas, diziamos em nossa comunicação que, si a anatomia permite uma tal supposição, os factos clinicos diariamente demonstram que as defesas lymphaticas do braço estão sempre alertas e respondem á menor solicitação, carecendo de uma comprovação mais eevidente a participação negativa, por assim dizer passiva, dos ganglios intermediarios. Está claro que um traumatismo da região peitoral pode determinar o apparecimento de um abcesso, sem compromettimento dos ganglios axillares, mesmo que o doente apresente uma lesão infectada do membro superior desse lado, pois que em taes casos, como é sabido, o germe agente da suppuração, parta de onde partir, attinge o foco traumatizado por via sanguinea. Não havendo traumatismo, as coisas se passam de modo diverso.

Baseado em uma observação pessoal e na descripção de casos publicados, relacionámos o apparecimento do abcesso retropeitoral á existencia de um processo infeccioso pleuro-pulmonar. Em nosso apoio apresentámos as verificações da Clinica e as descripções da Anatomia. Esta nos ensina a existencia, na extremidade anterior dos espaços intercostaes, de uma rede lymphatica parallela á arteria e ás veias mammaes internas, rede essa que, intercalada dos 6 ou 8 ganglios mammaes internos situados nos buracos perfurados anteriores, estabelece franca ligação entre as vias lymphaticas que se distribuem á pleura, de um lado, e, do outro, á região retropeitoral. Em um trabalho original publicado em 1865 nos “*Archivi Generali di Medicina*”, segundo informa Forge — Leplat relacionou com uma lesão pleural, os

abscessos da parede thoracica, que então denominou de abscessos de vizinhança da pleurizia. Pesquisas posteriores vieram confirmar a razão da theoria de Leplat, seja pelo estudo da circulação lymphatica da região no homem normal, seja ainda pelos trabalhos de Souligoux em individuos com a pleura infectada, nos quaes elle demonstrou a existencia de uma rede lymphatica particularmente rica em consequencia de uma lymphadenite que se propaga da pleura para os espaços intercostaes e retropeitoral. Era a verificação anatomopathologica que vinha confirmar os factos clínicos já observados principalmente na tuberculose. Assim, referindo-se aos abscessos frios da parede thoracica, Forgue affirma que "clínicamente, a theoria de Leplat se baseia na frequencia dos antecedentes pleuríticos nos individuos portadores de taes abscessos". Fôra do terreno da tuberculose, ha ainda a ponderar a occurencia de metastases pleuraes de tumores do seio, confirmando, assim, a existencia dessa rede lymphatica tão claramente descripta pela Anatomia.

Não só esses factos nos conduziram a rebelar-nos contra a idéa classica. A propria palavra dos autores e dos observadores vem em nosso auxilio. Stern, por exemplo, assignala que, em virtude do quadro clinico inicial, pôde-se confundir os primordios do phlegmão da parede thoracica com uma pleurizia aguda. E o proprio David Straus, que defende a etiopathogenia classica, regista na historia dos seus tres doentes uma "pneumonia lobar atypica", uma "influenza" e uma "cellulite" do pescoço. Em nosso caso publicado, o paciente tivera uma gripe pulmonar e apresentava ainda estertores no pulmão correspondente no dia em que soffreu a intervenção cirurgica evacuadora do abscesso (veja-se "Estudos Cirurgicos", II, 195. S. Paulo, 1936). O novo caso que vamos relatar vem confirmar o nosso ponto de vista. E' o seguinte:

Observação: — J. P., 54 annos, solteiro, portuguez, commerciante, residente nesta capital. A cerca de 15 dias foi accommettido de um surto febril, acompanhado de dores pelo corpo, principalmente nas articulações. Chamado a vel-o, fez o dr. Raul Malheiros o diagnostico de gripe, prescrevendo-lhe tratamento adequado. Houve ligeira melhora, mas dias depois a febre recrudescceu, permanecendo entre 38° e 38°,5 e manifestaram-se symptomas pleuro-pulmonares: estertores, bronchorrhéa, espessamento pleural á esquerda. Ao mesmo tempo apparecia e foi-se accentuando uma dor continua localizada abaixo da clavicula esquerda, onde se evidenciou a pouco e pouco uma tumoração muito sensivel á palpação. Intrigado com o estado do doente, já pela symptomatologia estranha, já pela idade, já pelo apparecimento de um tumor que suggeria varias hypotheses, pediu o medico assistente os seguintes exames subsidiarios:

"N.º 51.039 — Analyse de urina: Volume, 1100 cc. em 24 horas; cor amarello ambar; aspecto transparente; cheiro mascarado pelo chloroformio; consistencia fluida; espuma fugaz; reacção acidá; densidade 1.012,5; deposito macroscopico insignificante; acidez ($H^2 SO_4$) 0,59 %/00; uréa 16,50 %/00; acido urico 0,26 %/00; phosphatos 0,50 %/00; chloretos 0,80 %/00; relação acido urico-uréa 1,57%, phosphatos-uréa 3,03%, chloretos-uréa

4,84%; ammoniac 0,35 %/00; ammoniac em uréa 0,64 %/00; albumina, sangue, muco-púis, glycose, acetona e pigmentos biliarios ausentes; urobilina, indican e scatol nomaes; exame microscopico: numerosas cellulas epitheliaes das vias urinarias inferiores, numerosos leucocyts isolados, varios filamentos de muco, elementos não organizados ausentes 31/5/1937. a) Dr. Luis Migliano".

"N.º 51.060. Exame de sangue (hemogramma de Schilling; leucometria):

Leucocyts por mm ³	21.300
Basophilos	0 %
Eosinophilos	0.25 %
Neutrophilos { Myelolocytos.	0 %
Jovens.	0,50 %
Bastonetes	8,50 %
Segmentados.	69,0 %
Lymphocyts	13,5 %
Monocyts	8,25 %

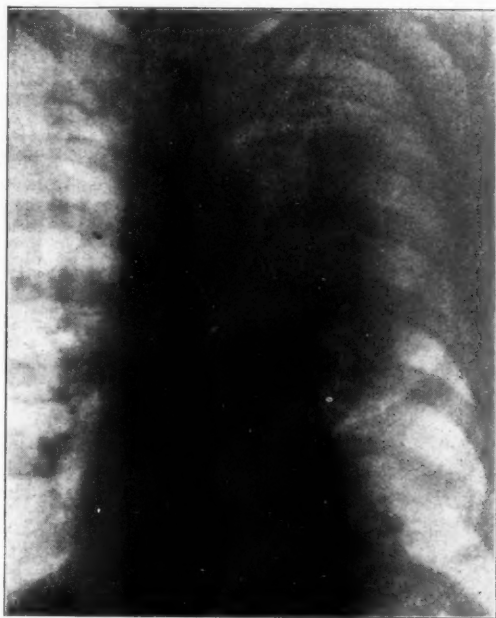
Conclusão: leucocytose franca com neutrophilia e pequeno desvio á esquerda até bastonetes. 2/6/1937. a) Dr. Luis Migliano".

"N.º 51.067 — Reacção de Botelho: A reacção de Botelho feita com o sôro do sangue deu resultado francamente positivo sómente com 0,9 cc. de solução iodo-iodetada. 2/6/1937. a) Dr. Luis Migliano".

"N.º 51.073. A soro-reacção de Wassermann feita com o soro sanguineo perante antigenos rigorosamente dosados e experimentados com soros syphiliticos e não syphiliticos, fixado o complemento com os primeiros e deixando-o em liberdade com os ultimos, deu resultado negativo. A fixação do complemento com soro activo e antigeno de Noguchi deu resultado negativo. Pela reacção de clarificação de Meinicke (M. K. R.) o resultado foi negativo. Pela micro-reacção de Meinicke o resultado foi negativo. Pelas reacções de Kahn, de Müller (M. B. R. II) e de Sachs-Georgi o resultado foi negativo. S. Paulo, 3/6/1937. a) Dr. Luis Migliano".

"N.º 7.765. Radioscopia e teleradiographia do hemithorax esquerdo: opacamento da pleura da metade superior (inclusive do apice) do hemithorax. Forte desvio da trachéa para a direita. Apparelho cardio-vascular nos limites normaes. 1/6/1937. a) Dr. Nicolau Sarno".

Na tarde de 2 de junho de 1937 realizava-se uma conferencia medica entre os drs. Raul Malheiros, J. Barbosa Correa e nós. Nada de anormal havendo no apparelho cardio-vascular (normal tambem a pressão arterial: Mx 125 e Mn 70) e existindo apenas raros roncós, sibilos e estertores subcrepitanes no campo pulmonar esquerdo, a nossa attenção foi voltada para a tumoração existente na região infra-clavicular esquerda, desenhando os limites do musculo pequeno peitoral: pelle de aspecto normal sem ulcerações nem cicatrizes, nem adherencias profundas, recobrimdo um tumor tenso, sem fluctuação perceptivel, doloroso ao palpar, ligeiramente quente. O braço esquerdo achava-se em adducção, sendo dolorosa a sua movimentação, graças a qual se palpava o bordo inferior, livre, do grande peitoral, mostrando que esse musculo não estava comprometido. Examinado o doente, dissemos aos collegas que se podia excluir a hypothese de uma goma costal, pela extensão e rapidez do desenvolvimento, pela hyperthermia e inexistencia de signaes clinicos e antecedentes revelados de syphilis — caso já alli não estivesse a Was-



Radiographia do hemithorax esquerdo, mostrando espessamento pleural e inexistência de lesão do esqueleto.
(Dr. Nicolau Sarno).

sermann negativa para afastar esse diagnostico. Contra a hypothese de neoplasia, aliás alicerçada na idade do doente e na reacção de Botelho e não infirmada pelo hemogramma, havia a evolução demasiadamente curta, a hyperthemia, o estado geral relativamente bom e o exame radiologico demonstrativo da integridade ossea. Uma pleurisia purulenta que aflorasse á pelle através de um espasmo intercostal não encontrava apoio nas verificações semiologicas. Tampouco se poderia justificar a existencia de um abscesso frio. Restava a hypothese de um abceso e o nosso diagnostico era o de abscesso retropeitoral. Havia contra esse diagnostico o estado geral relativamente bom, a hyperthermia não tão accentuada como a que costumava manifestar-se em taes casos. Mas, dada a etiopathogenia que reconheciamos para o abscesso retropeitoral e que se emquadra perfeitamente no caso — gripe pleuro-pulmonar, exaltando a virulencia de Pneumococcus e esse germe indo produzir o abscesso através da rede lymphatica que une o pulmão e a pleura á parede thoracica — avançamos que se tratava de um abscesso retropeitoral determinado por Pneumococcus. Feita uma punção, revelou pús espesso, que foi mandado incontinenti para o Laboratorio de Opothierapia e Biochimica Applicada, donde nos foi remetido o seguinte resultado:

“Exame de material retirado de um abscesso do peito: Exame microscopico — numerosos globulos de pús; varios cocos e numerosos diplococcus Gram positivos (Pneumococcus) 2/6/1937”.

O doente foi removido para o hospital da Beneficencia Portuguesa e alli operado no dia seguinte (op. n.º 5.683) sob anesthesia local (Sinalgan): incisão da pelle, do tecido cellular subcutaneo e da aponevrose superficial, dissociação das fibras do grande peitoral e do pequeno peitoral, dando-se então a vasão de cerca de 80 cc. de pús cremoso; drenagem com tubo de borracha. A temperatura cahiu e o dreno foi removido no fim de 6 dias.

Retirando-se para a sua residencia, teve o doente recrudescimento dos phenomenos pulmonares, chegando a expellir com o catarrho raras placas sanguinolentas de aspecto numular. Reappareceu a febre e, com ella, a tumoração retropeitoral esquerda; manifestou-se ao mesmo tempo, um abcesso na região deltoidea direita, cuja punção tambem revelou a presença de *Pneumococcus*. Sob anesthesia local foi tambem dilatado esse foco purulento, dando-se a cicatrização dentro de poucos dias. No foco retropeitoral foi recolocado o dreno, seguindo-se expulsão prolongada de secreção purulenta, enquanto se manteve a temperatura entre 37º e 37,8.

Em fins de junho, como o doente se queixasse de dores ao nivel da omoplata esquerda, foi pedido um exame dessa região, cujo resultado foi o seguinte: "Não notamos signaes de lesão ossea; diminuição da transparencia dos 2/3 superiores do hemithorax esquerdo; pachypleurite. 28/6/1937. a) Dr. E. Cotrim". Estava assim mais uma vez evidenciada a origem pleuro-pulmonar do abcesso retropeitoral do nosso doente.

O dreno foi retirado em começo de julho e a alta hospitalar só occorreu no dia 14 desse mês.

Correndo os autores, verifica-se, facilmente, que na sua quasi generalidade apenas por alto se referem ao abcesso retropeitoral, como si a questão apenas se resumisse num detalhe de séde. Já mostrámos, porém, em publicação anterior atrás citada, que o abcesso retropeitoral assume caracteristicos proprios, merecendo o destaque em que ultimamente o collocou David Straus. A sua importancia já foi devidamente reconhecida pelo velho mestre Tillaux, cujas palavras nos parecem dignas de reprodução, pois exprimem conceitos que, em sua maioria, são defendidos por autores modernos. Assim, encerramos a presente comunicação com as seguintes palavras contidas ás paginas 716-717 do vol. I, da 3.ª edição (1894) do "*Traité de Chirurgie Clinique*" do conhecido professor francês:

"O peito é a séde de abcessos phlegmonosos semelhantes aos de outras regiões e não fallaria delles de um modo especial si não existisse uma variedade sobre a qual desejo attrahir a attenção. Trata-se do abcesso que se aloja debaixo dos musculos peitoraes na parede anterior da axilla e cujo estudo melhor se colloca no capitulo referente ao peito. Insisto nisso tanto mais quanto ainda não foi descripto pelos autores.

Esses abcessos têm por causa um phlegmão sub-peitoral e este phlegmão, por sua vez, tem quasi sempre por origem uma adenite: é pois, no começo, um adeno-phlegmão.

O ponto capital no estudo desses abcessos é o seguinte: ora o pús se localiza por detrás do grande peitoral; ora por

detrás do pequeno peitoral. Logo os signaes, a marcha, a terminação e o prognostico de cada uma dessas especies são diferentes.

Quando o pús se localiza sob o grande peitoral, uma espessa camada fibro-muscular separa-o das costellas; elle é de certo modo superficial em relação á caixa thoracica. O pús se estende ás vezes para cima e faz saliencia no sulco que separa o grande peitoral do deltoide; mais commumente elle tende a fazer passagem ao nivel do bordo inferior do grande peitoral e é neste ponto que na maioria das vezes se lhe dá sahida. O fóco é sempre limitado, não tem tendencia a se estender muito e sára rapidamente.

O mesmo não se dá no abcesso situado atrás do pequeno peitoral. Lembro que este musculo está solidamente ligado á clavícula pela aponevrose do subclavio e que repousa directamente sobre as costellas e os espaços intercostaes.

Entre o musculo pequeno peitoral e a caixa thoracica existe um espaço cheio de tecido cellular muito frouxo, espaço profundo ao nivel da cavidade sub-clavicular, onde se encontram os grandes vasos e nervos subclavios. Circumscripto em baixo pela inserção costal do musculo, este espaço se comunica livremente na parte superior com o pescoço por detrás da clavícula.

Ora, que caminho segue um fóco purulento desenvolvido neste ponto?

Não ha nenhuma tendencia a progredir para a pelle, em razão da espessura das camadas que o recobrem; elle se estende pela face externa das costellas e dos espaços intercostaes, ganha a cavidade supra-clavicular, passando sob a clavícula, e forma no pescoço uma colleção profunda por detrás do folheto esternal-clavicular da aponevrose cervical. Si um tratamento energico não intervem em tempo opportuno, o pús atravessa os espaços intercostaes e se propaga á pleura.

É, pois, facil de entender-se a differença que separa as duas especies de abcessos: o primeiro é simples, sem gravidade; o segundo, felizmente muito mais raro, compromette a vida. Póde-se distinguir clinicamente um do outro? Sim, mesmo muito facilmente. O abcesso situado por detrás do grande peitoral forma sob os tegumentos uma saliencia limitada, circumscripta, seja ao nivel do bordo inferior desse musculo, seja mais para cima, por baixo da apophyse coracoide; o pescoço fica absolutamente livre. Os symptomas geraes são pouco intensos, a respiração é normal.

O abcesso situado por detrás do pequeno peitoral é diffuso, mal limitado. A parede inteira da axilla fica elevada, distendida, e forma uma especie de grande plastrão vermelho, tenso, endurecido. A cavidade da axilla é livre, mas, signal até certo ponto

pathognomônico, a cavidade subclavicular é substituída por uma forte saliência, que reponta acima da clavícula e ganha a raiz do pescoço. As dores são violentas; o estado geral é muito grave, do que dá idéia a physionomia do doente. A respiração é notavelmente opressa.

Si o abcesso se abre na pleura, sobrevêm os signaes da pleurisia aguda purulenta.

A conducta a seguir é abrir o fóco largamente e o mais depressa possível. E' necessario attingil-o atravessando os dois peitoraes. Desse ponto central o cirurgião dirigirá drenos nas direcções indicadas pelas fusões purulentas".

Endereço: Caixa Postal, 1.574.

HIPERTENÇÃO ARTERIAL MIocardites ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila Rosdanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

D Y N I O D O

SORO TONICO IODADO

Injecções indolores musculares

**ASSOCIAÇÃO DA INFLUENCIA ANALGESICA, ANTIRHEUMATICA E
HYPOTENSIVA DO IODETO DE SODIO Á ACÇÃO TONICA NERVINA
DO GLYCEROPHOSPHATO DE SODIO**

LABORATORIO GROSS - RIO

DRAGEAS

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

**PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITES**

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Unica distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
274, Rua General Câmara - Caixa 484 - Rio

**INSUFFICIENCIA
HEPÁTICA
ENXAQUÉCAS**

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 3 DE JANEIRO

Presidente : PROF. JAIR RAMOS

SOBRE UM CASO DE INFARTO DO MYOCARDIO —

DR. J. A. MESQUITA SAMPAIO — O A. apresenta uma observação bem documentada de um caso de infarto do myocordio em uma antiga hypertensa em que uma injeção endo-venosa de glycose a 50% teria desencadeado o syndrome. A circumstancia do marido da doente, 2 annos antes, ter sido accommettido de uma crise de infarto do myocordio restabelecendo-se tambem, o feliz exito therapeutico obtido neste caso com normalisação quasi completa do traçado electro-cardiographico, e, um retrocesso transitorio do electro-cardiogramma, após uma prova involuntaria de esforço, seguida da sua ulterior normalisação, após 30 minutos de repouso, traduzem o interesse da presente comunicação.

THYROIDECTOMIA TOTAL NO CARDIACO CHRONICO — PROFS. ALÍPIO CORREA NETTO E JAIR RAMOS e DRS.

JOSÉ RAMOS JUNIOR e CARLOS MACEDO RIBEIRO — Os autores discorreram sobre as indicações da thyroidectomia total nos cardiacos que apresentam insufficiencia cardiaca irreductivel pelo tratamento medico, e nos portadores de angina de peito. Foram feitas considerações sobre o mecanismo physiopathologico de tratamento cirurgico e em seguida os autores apresentaram os casos observados. Os 4 pacientes que foram submettidos á thyroidectomia total eram portadores de insufficiencia cardiaca irreductivel pelo tratamento medico, apresentando dois delles, tambem accessos frequentes de angina de peito. Os resultados foram bons em 3 casos, quer no que respeita á insufficiencia cardiaca, quer no que se refere aos accessos anginosos que desapareceram por completo depois da operação. O 4.º e ultimo caso era um paciente portador de uma lesão muito grave do myocordio, e falleceu após o acto cirurgico.

(*) As noticias referentes á Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

Nas convalescenças :

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL

RUA FERREIRA PONTES, 146 - RIO DE JANEIRO



ASYSTOLIA DIREITA AGUDA APÓS ENFARTE DO MYOCARDIO — Drs. REYNALDO MARCONDES e ITALO LE VOCI

— Os A. A. apresentaram um caso de asistolia direita observada em um individuo de 38 annos de idade, até então sadio e habituado a um trabalho muscular intenso. A area cardiaca augmentou rapidamente, com predominancia das cavidades direitas e o exame physico evidenciou accentuada extase jugular, grande augmento do figado, com pulso hepatico e edemas nos membros inferiores. A pressão venosa mediu 20 cms. Não havia signal de estase na pequena circulação. Verificou-se neste caso o apparecimento de attrito pericardio

e de galope direito. O traçado electrico evidenciou a existencia de um bloqueio auriculo-ventricular completo e de perturbações na condução intraventricular. Foi assim possível fazer com segurança o diagnostico de enfarte do myocardio, o qual atingiu a parte superior do septo inter-ventricular.

O paciente, já decorridos quatro mezes, apresenta accentuada redução da area cardiaca e está compensado mas impossibilitado de trabalhar devido á dispnêa de esforço. A tensão arterial mede actualmente 120×80 . A raridade com que se apresenta na clinica a asystolia direita é o motivo desta comunicação.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 4 DE AGOSTO

ASPECTOS CLINICOS DOS ABCESSOS AMEBIANOS INCIPIENTES DO FIGADO —

Dr. OSCAR MONTEIRO DE BARROS — O A. chamou a atenção sobre as difficuldades do diagnostico da hepatite amebiana incipiente. Fez uma synthese do processo anatomo-pathologico da necrose amebiana do figado, recordando a symptomatologia clinica da necrose já avançada, focalizando mais uma vez a difficuldade com que o clinico luta para identificar a necrose incipiente. Em seguida estudou 5 casos que teve occasião de observar ultimamente, nos quaes a symptomatologia era obscura e o diagnostico muito difficil. Conclue pela utilidade do hemograma, pela necessidade de um exame acurado do figado e pelas vantagens do tratamento de prova pela emetina.

A TUBERCULOSE EM SÃO PAULO — Drs. JOÃO GRIECO e FRANCISCO ANTONIO CARDOSO —

Presidente : DR. AYROSA GALVÃO

Os AA. apresentam um estudo quasi completo sobre a tuberculose em São Paulo, apontando as falhas que existe na luta contra o mal, causadas pelas deficiencias informativas do annuario demographico do Estado. Expõem um plano de combate e prophylaxia á tuberculose em todo o Estado. Para isso dividem o Estado em diversas zonas. Trata-se de um plano extremamente economico e cuja applicação não oneraria muito o Estado.

Commêntarios : Dr. Ayrosa Galvão : Agradeceu aos AA. a comunicação que veio por em foco a deficiencia do nosso aparelhamento e a deficiencia de conhecimento dos nossos medicos do Interior que sob a rubrica de molestias mal conhecidas, catalogam quasi que todas as molestias que tiveram exito lethal. Felizmente isso tende a se corrigir com o apoio que São Paulo presta, por intermedio dos seus ti-

siologistas que muito bem vem estudando a questão.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DOS SARCOSPORIDIA COM A DESCRIÇÃO DE UMA NOVA ESPECIE, SARCOCYSTIS JACARINAE N. Sp., PARASITA DE "TEZIU" (VOLATINIA JACARINA, L.) — DR. MAURO PEREIRA BARRETTO — O A. estudou a posição systemática e a sub-divisão dos Sarcosporidia assignalada depois a presença de "S. darlingi" Brumpt 1913, parasitando o "Didelphis Aurita" do Estado de São Paulo, dando localizações e caracteres não assignalados por Darling que descreveu o parasita em 1910 na zona de Canal do Panamá. Descreveu, enfim, uma nova especie de sarcocystis encontrada nos musculos estriados da "volatinia jacarina L" dos arredores de São Paulo, para o qual propõe o nome de "S. jacarina." Os caracteres deste sarcosporidia são os seguintes:

Cystos fusiformes ou ovóides, de dimensões muito variáveis, che-

gando a medir 1.458×152 mm., localizados primitivamente no tecido muscular estriado. Parede cystica delgada, medindo 2,2 a 2,5 mm. de espessura, hyalina, não diferenciada em camadas e não apresentando nucleos. Cystos divididos por septos delgados em lojas polyedricas irregulares e de dimensões variáveis, cheias de esporozoitos, excepto ás vezes na parte central onde são cheias de uma substancia eosinophila hialina ou finamente granulosa. Ausencia de reacção fibrosa pericystica. Esporozoitos em forma de bastonetes recurvados ou de crescente, com uma extremidade mais afilada, medindo 2,4 a 2,8 mm. por 1,5 a 2 mm., com nucleos central não vesiculoso e cytoplasmico hyalino ou finamente granuloso.

Commentarios : Dr. Ayrosa Galvão : O A., fazendo essa coloração especializada, lança mais um dado, aliás exactissimo, para o estudo de um grupo de parasitas tão difficil para caracterizar.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE AGOSTO

Presidente : DR. EDGARD P. CESAR

UM CASO DE MEDULLOBLASTOMA DA REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA (com apresentação do paciente) — DRS. OSWALDO LANGE e J. M. TAQUES BITTENCOURT — Os AA. apresentam um caso de neoplasia localizada na região frontal, diagnostico confirmado cirurgicamente e diagnosticado como medulloblastoma. Após a operação a neoplasia recidivou, trazendo para a symptomatologia modificações que permittiram um diagnostico de localização nas regiões frontaes e temporaes. Esse diagnostico foi baseado no estudo acurado da symptomatologia motora (deficit motor unilateral), sensitiva (hemi-syndrome sensitivo superficial e profundo), ataxico (dymetria, adiadococynesia, tendencia á queda), estudo que

permittiu a exclusão de lesão penduncular e compressiva e a demonstração da lesão pediculo-frontal e temporal (2.^a temporal).

A PROPOSITO DE DOIS CASOS DE SYPHILIS CONGENITA COM LOCALIZAÇÃO NERVOSA (com apresentação de film dos pacientes) — PROF. A. C. PACHECO e SILVA e DRS. FERNANDO OLIVEIRA BASTOS e JARBAS B. DE BARROS — Os AA., a proposito de 2 casos de syphilis congenita com localização nervosa, um de paralysis geral e outro de "lues cerebri" por elles observados, depois de relatarem ambos os casos entram a fazer commentarios sobre o problema da syphilis nervosa infantil.

Adoptam as idéias de Nonne, preferindo falar em syphilis con-

genita e não em syphilis hereditaria, visto que se trata, não de uma doença infecciosa hereditaria, pois que não existem nas células germinativas primitivas elementos contaminantes dos individuos procreados. O producto da concepção é infectado durante ou depois desta pelo agente productor da molestia. Baseados tambem nas duas observações por elles recolhidas, demonstram apresentar a lei do enfraquecimento gradual da toxina syphilitica numerosas excepções, concordando, assim, com Fournier, segundo o qual a existencia, na anamnese dos paes, de uma criança sadia, não representa garantia alguma para o futuro. Salientam, outrossim, a frequência com que a molestia irrompe pelo "ictus paralyticus". Insistem na pouca eficiencia da malariotherapia em taes casos e concluem dizendo estarem convencidos de que numerosos casos de lues nervosa congenita seriam diagnosticados si se adoptasse a pratica systematica do exame do liquor em todas as crianças apresentando phenomenos neurologicos e deficit psychico, em geral catalogados no grupo complexo das encephalopathias infantis.

Commentarios : Prof. A. Tolosa : Referindo-se a um seu trabalho anterior, fez considerações sobre a impossibilidade de diagnosticar-se a paralyssia geral apenas pelo resultado do exame do liquor, pois tal pratica pode conduzir a interpretações erroneas.

Dr. Thomé Alvarenga : Tendo palavras elogiosas aos AA. evoca a difficuldade que encontrava antigamente para diagnosticar a paralyssia geral infantil, quando ainda não se possuia a valiosissima contribuição dos exames complementares, hoje tão corrente e de grande precisão. Recordou os casos por elle observados ha muitos annos e nos quaes o diagnostico fôra feito apenas com os dados clinicos

Dr. Plinio Gomide : Pediu esclarecimentos sobre as desordens da palavra, apresentadas pela menor portadora de paralyssia geral.

Dr. Lioba Sylva pediu tambem esclarecimentos sobre as considerações feitas pelos AA, a proposito do problema da unidade ou dualidade dos virus syphilitico.

Dr. E. Pinto Cezar : Focalizando o tratamento feito na paciente (malariotherapia) e o resultado nullo obtido no quadro clinico, perguntou se não foi praticada nova rachicentese, para novo exame do liquor, após a therapeutica paludica.

Em seguida, foi dada a palavra ao dr. Fernando Bastos para responder aos commentarios.

O dr. Bastos declarou, inicialmente, a sua satisfação pelo interesse despertado com o trabalho em discussão. Ao prof. A. Tolosa, respondeu estarem os AA. de perfeito accordo com o seu modo de pensar, pois tambem não admittem o diagnostico de paralyssia geral baseado exclusivamente no quadro humoral. Na paciente cuja observação fôra relatada, o diagnostico fôra feito, não só pelo exame do liquido cephalorachidiano, como tambem pelo quadro clinico, sua evolução, etc.

Ao dr. Thomé Alvarenga agradeceu as palavras elogiosas e os interessantes commentarios. Aos drs. Plinio Gomide e Lioba Sylva, prestou os esclarecimentos solicitados, e, finalmente, ao dr. E. Pinto Cezar, declarou que a paciente paralytica estava em tratamento e observação no ambulatorio do Serviço da Assistencia a Psychopaths, não tendo sido ainda repetido o exame do liquor, o que será feito, entretanto, oportunamente; a referencia feita de não terem sido obtidas melhoras após a malariotherapia dizia respeito aos symptomas clinicos que se mantinham ainda inalterados.

SENOTIOL -**CALCIO COLLOIDAL
INJECTAVEL**

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE AGOSTO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

COLPO-HYSTERECTOMIA TOTAL E CYSTECTOMIA TOTAL URETEROSIGMOIDOTOMIA — PROF. E. VASCONCELLOS

e DR. JOÃO B. COSTA — Os AA. apresentam um caso de cancer uterino propagado á bexiga, no qual praticaram a colpo-hysterectomy total e cystectomy total, com implantação dos ureteres na sigmoide; o 1.º tempo consistiu na implantação uretero-intestinal que foi feita pela technica de Himan, modificada por Baptista da Costa. Um mês depois foi a doente reoperada, tendo sido praticada a extirpação global de todo o aparelho genital interno e de toda a bexiga. Os AA. salientam a importancia da laqueadura previa das hypogastricas, abaixo das gluteas, o que permite conduzir a operação sem sangue. Um anno e meio após, a doente é apresentada, tendo engordado 14 kilos e a pressão se mantendo em 150 e 90 e o pulso a 80. Os exames demonstram a uréa sanguínea em 0,30 e hemogramma rigorosamente normal. O exame urographico demonstra que os bacinetes e ureteres não estão dilatados e o escoamento urinario se faz normalmente. Os AA. julgam o caso interessante por se tratar de uma intervenção de grande vulto com apreciavel resultado clinico, pois a doente não apresenta a pyelonephrite ascendente e o chimismo e a crase sanguínea se mostram normaes; a doente beneficiou-se amplamente com a intervenção, foi restituída á vida social e familiar, apresentando o phenomeno da dissociação das dejeções, ora evacuada, ora urinando normalmente, pelo anus, sem qualquer inconveniente. O tempo da observação de um anno e meio mostra-se sufficiente para justificar a intervenção praticada.

Commentarios : Dr. Eurico B. Ribeiro : Agradeceu aos AA.

a brilhante comunicação trazida, aproveitando a oportunidade para lembrar ao dr. Baptista da Costa que ainda continua de pé a promessa feita para a apresentação de um caso de hernia pulmonar de sua observação.

ANESTHESIA PELO CYCLOPROPAPANO — DR. JOÃO DE LORENZO. — O A. apresentou a

sua comunicação baseado no estado actual do conhecimento sobre este importante gaz e as observações effectuadas sob suas vistas num total de 70 casos. Teceu considerações em torno da importancia da narcose em cirurgia, afim de tornar a intervenção mais segura e dar um bem estar melhor ao paciente. Deu o historico da de a sua descoberta até a presente data, dizendo que a sua experiencia data de agosto de 38 até hoje. Em seguida tratou das propriedades physico-químicas e pharmacodynamicas, salientando a sua pequena toxicidade. Mostrou o largo campo de applicação desta anesthesia, dando as indicações especiaes ás quaes são enquadradas em varios grupos, destacando aquelles casos em que ha maior necessidade de um maior porcentual de oxygenio, como na cirurgia thoraxica, nas molestias cardiacas em geral, nas perturbações metabolicas, nos estados de debilidade, caquexia, como adjuvante a outros anestheticsos geraes como supplemento á rachianesthesia, na cirurgia abdominal e na obstetricia. Descreveu osapparelhos do serviço do prof. Montenegro (Foreger e Mc Kesson). Descreveu a technica da administração, salientando o valor da premedicação a ser administrada ao paciente, chegando, finalmente, ás seguintes conclusões :

1) Que o gaz é valioso, merecendo grande divulgação.

2) Que existe largo campo de indicações.

3) Não exclue o emprego de outros gases, em determinados casos.

Comméntarios : Dr. Eurico B. Ribeiro : Agradeceu a colaboração trazida, esperando que o A. continue apresentando á Secção os fructos de seu trabalho.

OBSTRUÇÃO DO CHOLEDOCO — DR. CAETANO ZAMITTI MAMANNA — O A. faz um estudo sobre a pathologia e clinica das obstruções do choledeco indicações operatorias e tratamento cirurgico. Passa em revista resumidamente os diversos processos cirurgicos empregados, especialmente no que diz respeito ás anastomoses bilio-digestivas. Mostra os inconvenientes destas quanto aos frequentes refluxos para as vias biliares e infecção destas. Projecta as diferentes technicas actualmente empregadas mostrando as suas falhas.

Descreve os processos de sua autoria : anastomoses cholecysto-digestivas tubular e tubulo-papillar. Indica a cholecysto-duodenostomia tubulo-papillar como operação ideal nesses casos. Mostrou seus resultados experimentaes e tem uma doente com sobrevivencia de 6 annos, sem complicações de qualquer especie. Experimentalmente obteve um conducto tubular em cuja extremidade está munido de uma papilla semelhante á papilla de Vater.

A HYPERGLOBULIA NA ULCERA DUODENAL — DR. MIGUEL LEUZZI — O A. iniciou o seu trabalho mencionado que o seu estudo sobre a hyperglobulia na ulcera duodenal, baseia-se sobre 150 casos recolhidos da clinica do prof. Montenegro, todos comprovados operatoriamente. Em seguida passou a assignalar varios trabalhos sobre o mesmo assumpto, realizados por diversos AA. desde 1913. Antes de iniciar

suas verificações o A. considera a taxa normal de globulos vermelhos, de globulos brancos, de hemoglobina e valor globular, segundo a opinião de varios hematologistas. Disse que a contagem de globulos vermelhos nos 150 casos de ulcera duodenal somente em 36 ultrapassava de 5.000.000 portanto numa porcentagem de 24% ; quanto á taxa de hemoglobina não houve nos 150 casos alterações exassivas, sendo que em 18,6% dos casos oscillava entre 40% e 70%. Após ter mencionado a variação do valor globular, estuda os 36 casos de hyperglobulia nas suas relações com a taxa de hemoglobina e valor globular. Relatou a porcentagem de globulos brancos encontrados nos 150 casos de ulcera duodenal, verificando que em 44,4% dos casos havia leucopnéa, em 27,3% havia valores nomaes e nos restantes 27,7 dos casos leucocytose. Fez breves considerações em torno da physiopathologia da hyperglobulia nas ulceras duodenaes e transcreveu a opinião de varios A.A. Conclue dizendo que a hyperglobulia nas ulceras duodenaes existia em 36 casos (24%) e que nestes casos não se verificou augmento de hemoglobina, havendo augmento do valor globular somente em 2 casos.

Commentarios : Dr. Eurico B. Ribeiro : Salientou o interesse que existe em o A. proseguir com os estudos a respeito. Pensa existir um factor geophysico ou estacional que concorre para o apparecimento dessa hyperglobulia ; dispondo o A. de um material tão grande como é o da clinica do prof. Montenegro, seria interessante que verificasse as modificações que podem acarretar esses e outros factores para o lado da hyperglobulia, bem assim fizesse um estudo comparativo nos doentes do estomago e de outras affecções que entrassem no serviço na mesma época.

NEO-HEPAN - figado injectavel

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Presidente : DR. VICENTE FERRÃO

BLÉNORRAGIA INFANTIL — DR. ATHAYDE PEREIRA — Fundamentou seu trabalho com 36 casos de sua clinica privada, dos quaes deu a frequencia, a apresentação clinica, o contagio, as complicações conjuntas, os resultados da investigação bacteriologica e as lesões observadas nas enfermas. Afirma com Menge a frequencia da cervicite assim como das infecções dos ductos paraurethraes e das glandulas urethraes. Em seguida relatou os processos de tratamento usado nos seus doentes que permittiram a obtenção de elevada percentagem de cura, comprovada, bacteriologicamente. Expoz por fim o fundamento da designação blenorragia infantil que prefere, porquanto na creança a blenorragia se manifesta do mesmo modo que na mulher adulta. A molestia se localiza nas glandulas da urethra nos ductos paraurethraes e nas glandulas da cervix. Por esta razão o tratamento deve visar a remoção dos germens daquellas glandulas. Ao tratamento local que julga fundamental accrescenta o tratamento com as sulfamidas e a folliculina. Termina sua communicação apresentando pranchas originaes de aquellas das lesões cervicaes obtidas em seus doentes e afirmando que com as acquisições da therapeutica moderna pode afirmar que a blenorragia infantil é molestia curavel e hoje em periodo muito encurtado de tratamento.

Commentarios : Dr. Vicente Ferrão : Cumpre-lhe agradecer a brilhante communicação do A. que veio completar a serie que sobre o assumpto tem sido apresentada em nossa Secção. O A. expoz os aspectos desde uma epoca em que se usava o tratamento local até aos nossos dias em que a tendencia predominante é o tratamento geral.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO METABOLISMO DA VITAMINA "C" NO ORGA-

NISMO HUMANO (2.ª communicação) — DR. VICENTE BAPTISTA — O A., em continuação ao seu trabalho o metabolismo da vitamina "C", discutiu a divergencia dos communicados na literatura medica sobre assumpto, mostrando, de accordo com a escola de Wachholder, os motivos capitais das confusões. Para o estabelecimento racional do metabolismo da vitamina "C", é indispensavel tomar em consideração uma serie de factores que nelle intervêm : regimem alimentar, modificação de consumo, methodos de saturação, deficit de saturação, acção especifico-dinamica da vitamina "C", differença entre valores maximo e minimo e entre maximo e optimo, tudo isso em relação com a "ascorbinuria". Conclue que essa prova isolada não basta para dar uma visão completa do complexo phenomeno. Dahi ser necessario o seu complemento pela prova da "ascorbinemia". Como esta, a ascorbinuria requer tambem uma methodo especial de determinação. Porisso, se deve dar preferencia a dosagem do acido ascorbico do plasma e não do sangue total. O estudo das relações entre ascorbinuria e ascorbinemia permite que se esclareçam certos problemas, até agora não abordados. Ainda aqui é a escola de Wachholder que abre caminho. Descreve, então, as variações de ascorbinuria e de ascorbinemia, variações, essas de fundo constitucional e que podem ser, eschematicamente, classificadas em 2 typos basicos. Esse conhecimento facilitou a abordagem das questões da saturação total e optima e do deficit de saturação. Este ultimo, no estado actual das pesquisas, não pode ser determinado com rigor. O estudo dos dois primeiros problemas permittiu a verificação das necessidades reaes em vitamina "C". O organismo requer 50 mg. diarios de acido as-

corbico para seu metabolismo normal. Este achado experimental concorda pois com as deducções theoricas de Szent-Giorgyi. A situação é lisongeira quando se trata do consumo extra que não depende da saturação normal e sim do acrescimo de doses para a vitaminotherapie "C". Naturalmente, a saturação normal necessita estar presente, para que o augmento da introdução seja eficaz. Em summa: "E" erronea a pratica corrente do uso do acido ascorbico em doses de 0,05-0,10, por dia, pois o rumo da vitaminotherapie "C" segundo Wachholder, parte do principio de se ultrapassar bastante as doses provaveis de saturação normal: O exito só se manifesta com o emprego diario de 250-500 mg. por uns 15 dias, pausa de uma semana e nova medicação.

Commentarios: Dr. Vicente Ferrão: O A. veio chamar a atenção para adoptarmos um criterio mais seguro no emprego de vitaminas "C", therapeutica usada entre nós. A comunicação do A. vem nos dar uma nova orientação e base scientifica, para a pratica diaria da avaliação do deficit da vitamina, assim como uma nova rota para o emprego dessa vitamina.

Dr. Espirito Santo: Perguntou ao A. qual a causa de differença entre os dados obtidos por Eurico Villela e os de Wachholder.

Dr. Vicente Baptista: A differença é devido a uma questão de diversidade de reagente, pois enquanto Villela emprega a dichlorophenolindophenol, Wachholder emprega o azul de methileno.

UM CASO DE ASYMETRIA UNILATERAL TOTAL CONGENITA COM HYPERTROPHIA DO LADO DIREITO —

DR. ALBERTO NUPIERI — Trata-se de uma menina de 3 meses apresentando uma asymetria unilateral total congenita, com hypertrophia do lado direito. O A. mostra como a casuistica é escassa a esse respeito, tendo noticia de pouco menos de 100 ca-

sos pelo recente trabalho de Peabody. Faz varias considerações sobre a etiopathogenia dessa afecção que envolve theorias multiplas, todas ellas de caracter mais ou menos especulativa. No caso presente havia lues e se havia processado em pessoa da familia um caso de bacillose com exito lethal. Durante a gestação houve varios episodios de eclampsia com uremia, parecendo que todos esses factores pudessem ser eventualmente incriminados pela etiopathogenia do caso.

Commentarios: Dr. Vicente Baptista: Deve referir um caso inverso e de triste sequencia, devido ás duvidas de diagnostico no momento e a falta de therapeutica orthopedica oportuna. Uma menina de 6 a 8 meses, vista por neurologistas e orthopedistas foi pelo prof. Puech feito o diagnostico de hemiatrophia congenita num caso onde todos os exames especializados foram negativos.

Foi proposto um tratamento orthopedico, mas como sempre acontece com todas as familias que tem posses, todos são consultados, sem a intervenção necessaria immediata e o resultado é que a menina, hoje uma mocinha, arrasta consigo uma deformação que se tornou permanente.

Dr. V. Ferrão: O A., este anno, pela 3.^a vez, nos traz o brilhantismo de sua palavra, o que muito agradecemos. Devemos referir que ha alguns an. s no Hospital de Indianopolis tivemos occasião de ver uma caso de hemigigantismo lateral; um dos lados apresentava-se normal e o outro aberrantemente hypertrophiado, caso semelhante ao do A. Talvez não sejam tão raros e deixam de chamar a atenção ao clinico, quando não são muito pronunciados.

Dr. Nupieri: Agradeceu a atenção dispensada ao seu trabalho e deveria ainda apresentar mais dois. Por uma questão de ethica não julga opportuno apresental-as nesta sessão, porque pelas considerações de certa forma vem incidir sobre os commentarios pelo nosso illustre col-

lega, dr. Pedro de Alcantara, em uma reunião passada. Por todos estes dias procurou entrar em contacto com o dr. Alcantara, e como não pôde avistar-se com elle, julgou preferivel adiar a apresentação dos dois trabalhos para a proxima reunião.

Dr. Carvalho Borges : Propoz á Casa que se eleja o prof. Raphael Fernandez, de Barcelona,

socio correspondente da nossa Secção que acaba de escrever um livro sobre Pediatria muito didactico, sendo até intenção do prof. Pinheiro Cintra recommendal-o aos seus alumnos.

A proposta foi approvada. O sr. presidente mandou que se consignasse o voto em acta e que se officiasse ao prof. Fernandez por essa homenagem.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE AGOSTO

Presidente : DR. ERNESTO MOREIRA

A THERAPEUTICA DAS VIAS RESPIRATORIAS POR INHALAÇÕES ACIDAS. UMA SUGGESTÃO — DR. FRIEDRICH MUELLER — O A. iniciou fazendo um longo historico da applicação das inalações de diversas substancias chimicas no tratamento das differentes affecções das vias aereas superiores. Relembrou os processos therapeuticos de Hypocrates, Galeno, até os recentes trabalhos de von Kapff, o verdadeiro criador da acidotherapia. O fundamento scientifico da acção therapeutica das inalações acidas reside no principio de que as bacterias crescem difficilmente nos meios de cultura acidos. A acção bactericida dos gazes acidos, muito mais penetrantes que as vaporizações, é bem diversa e mais intensa que os gargarejos e as pincelagens, muito curtos e localizados. O processo inhalatorio pode ser utilizado durante horas, dias e semanas, sem compromettimentos e efeitos nocivos, desde que se empreguem concentrações adequadas. Não se tratando de pulverização de soluções aquosas, mas sim de verdadeiros gazes, o effeito therapeutico é bem mais intenso. As inalações acidas produzem hyperemia das mucosas. As reacções organicas consistem na neutralização dos gazes acidos por secreções alcalinas, produzidas pelo organismo. Desta maneira, as bacterias, que se encontram sobre as mucosas das vias respiratorias, encontram um ambiente desfavoravel e pere-

cem, enquanto que o corpo, pela hyperprodução de secreções alcalinas, augmenta a alcalinidade sanguinea, intensificando deste modo a resistencia biologica do individuo. Pelo augmento da secreção, as bacterias situadas profundamente, ao abrigo da acção dos gazes acidos são levadas á superficie e soffrem então a influencia do tratamento. O A. em sua clinica utiliza a inalação de acidos por meio deapparelhos especiaes, usando uma mistura de acido sulfurico, acido chlorhydrico, acido formico e oleo de eucalypto. Recommenda, no entanto, a construcção de inhalatorios especiaes em recinto fechado e com atmospha saturada.

Commentarios : Dr. Roberto Oliva : Considera que as inalações acidas propostas pelo A. teriam um poder prophylactico, evitando assim que os germens assumam um caracter virulento.

Dr. Ernesto Moreira : Agradeceu ao A. o interessante trabalho e em relação ao tratamento de ozena pergunta ao A. si obteve resultados satisfactorios.

Dr. F. Mueller : Informa que tem utilizado esse processo para o tratamento da ozena, embora não dispense o tratamento por vaccinas que emprega associado.

DIAGNOSTICO RAPIDO DA DIPHTERIA PELO PROCESSO DE FOLGER — DOUTORANDO SYLVIO MARONE — O A. examina todos os processos de laboratorio

novos e antigos para o diagnostico da diphteria, mostrando que todos, embora de technica facil, apresentam um inconveniente commum, qual seja a demora da resposta do exame. Cita o methodo de Folger e os mais recentes — de Horgan e Marshall, tendo feito suas observações em numero de cem, com o methodo de Folger. Este processo consta de chumaco embebido em soro sanguineo humano, ligeiramente coagulado na chamma, com o qual chumaco se recolhe o material e se introduz em tubo esteril, indo á estufa 37° durante 2 — 4 — 6 horas, tempo em que fazem esfregaços simples e exame. Fez suas observações em cotejo com o methodo padrão de Loeffler e obteve como resultado o seguinte: Loeffler 69%; Folger, leitura após 2 horas de estufa, 58%; Folger, 4 horas, 53% e Folger, 6 hoars, 47%. Conclue o A. affirmando que nenhum processo é absoluto para o diag-

nostico de laboratorio e que o methodo de Folger deve ser praticado juntamente com o de Loeffler, do qual não se pode dispensar, sendo deste apenas um auxiliar que, pela sua grande facilidade de pratica, apressará, em boa percentagem, o diagnostico da diphteria. O A. apresenta a seguir graphicos e quadros onde representa os resultados obtidos em seus 100 exames.

Commentarios: Dr. Roberto Oliva: O trabalho do A., bastante interessante, vem nos mostrar o augmento da cifra do diagnostico de 65% para 82%. contudo ainda não chegamos á segurança absoluta do diagnostico em todos os casos suspeitos.

Dr. Ernesto Moreira: Acha curioso que nesse processo deve-se evitar de tocar a mucosa da lingua, no mais concordando com o A., de que nos casos de duvida de diagnostico recorra-se á so-rotherapia, felicita-o pelo interessante trabalho.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 21 DE AGOSTO

TREPONNEIA — Drs. LUIZ DECOURT, HERIBALDO LOVERSO, ALEXANDRE FEDULLO — Os AA. fazem um estudo da treponneia, syndrome apresentado por varios cardiacos. Trata-se de uma intolerancia para certos decubitos, em geral o esquerdo. Existem cardiacos que, embora em decubitos máus, podem supportal-os (treponneia de preferencia), outros, entretanto, são obrigados a abandonal-os sob a pressão de uma symptomatologia muito intensa. Os AA. apresentam uma observação de 24 doentes. O decubito mais intoleravel foi o esquerdo, o preferido o direito. Depois o menos tolerado foi o decubito dorsal. O decubito lateral direito e o ventral nunca foram os piores. Citam a symptomatologia verificada e discutem a interpretação desses factos. Ci-

Presidente: DR. O. RODOVALHO

tam a consequencia dessas observações e a grande importancia dessas noções para a prophylaxia de certas complicações cardiacas inconscientes.

UM CASO DE TETANO — DR. MOACYR NAVARRO — O A. estuda as diversas formas de tetano dentro da seguinte classificação: formas normaes (tetano dos recém-nascidos, tetano puerperal, tetano banal) e formas anormaes (tetano cephalico, tetano esplanenico, tetano chronico generalizado, tetanos parciais, tetano chronico por infecção de foco, tetano cerebral, etc. Em seguida projectou o film de um caso de tetano chronico por onde se viu os signaes de tetano que o doente apresentava e a sua desaparição após o tratamento.

SEMIOTICA DA FORÇA DE RESERVA DO CORAÇÃO — Dr.

EDUARDO MONTEIRO — O A. estuda a força actual, a força absoluta, os seus methodos de avaliação e a diferença entre as duas, o que equivale ao estudo da força de reserva. Analysa as diversas reacções e methodos e provas e tests que se podem empregar para o estudo do trabalho muscu-

lar cardiaco, dando a cada uma o valor que tem na informação de maior ou menor força cardiaca, em suas tres modalidades.

O dr. Rodovalho agradeceu a brilhante conferencia, cheia de ensinamentos e que reuniu tudo o que se conhece e se pratica no tocante a esse importante capitulo da semiotica, qual seja a da força de reserva do coração.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 22 DE AGOSTO

Presidente: DR. JOÃO GRIECO.

PLANIGRAPHIA — Dr. NOGUEIRA CARDOSO — O A. começou, falando sobre o principio em que se baseia a planigraphia (radiographia em planos), fazendo uma descripção minuciosa do mechanismo do funcionamento dosapparelhos destinados a tomar as radiographias por planos e que tem o nome de "planigraphos".

Em seguida falou da diferença existente entre tomographo, outro apparelho tambem destinado a tomar radiographias por planos e o planigrapho. Confessa não ter experiencia propria com o tomographo, mas reconhece a sua superioridade sobre o planigrapho, em certos e bem determinados casos.

Depois fala da vantagem do emprego da planigraphia, que permite reconhecer um foco tuber-

culoso ou uma caverna, que estão num certo ponto, não accessivel á radiographia commun. Illustrou suas considerações com algumas chapas: mostrou que com a radiographia commun muitas vezes não se pode evidenciar as lesões iniciais pouco evidentes. Em seguida o conferencista documentou muitos casos observados na sua clinica, todos elles com minucioso exame clinico e provas de laboratorio; em todos esses casos demonstrados, nada ou quasi nada de lesão se observava nas radiographias communis, ao passo que a radiographia em planos, permite em todos elles, a descoberta de um foco tuberculoso. Falou tambem da vantagem de se fazer num pneumothorax, o exame planigraphico, mesmo com exame de escarro negativo.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente: DR. CLAUDIO ERMINIO

URETEROCELE VESICAL. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE 7 CASOS PESSOAES

— Dr. OCTACILIO GUALBERTO — O A. iniciou a sua comunicação dizendo ter sido este o assumpto de sua these de doutoramento, defendida em fins de 1937, perante a Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e baseada na observação de 2 casos tratados por diathermocoagu-

lação endoscopica transurethral.

Na occasião justificou a escolha do thema, tanto pela relativa raridade da affecção, como pelo limitado numero de publicações nacionaes a respeito. Na revisão dos casos publicados no Brasil, reuniu somente um total de 9 casos, dos quaes 3 tratados pela cirurgia endoscopica. Desde então não teve conhecimento de qualquer outro trabalho publica-

do entre nós, encarando o seu estudo ou trazendo um contingente casuístico.

E' por isto que traz á Sociedade mais 5 casos da referida affecção, reunindo assim um total de 7 casos pessoais e elevando para 16 o numero de observações publicadas no Brasil. Tres casos foram verificados em pacientes registados na clinica Urológica do Hospital Municipal, sendo os 4 restantes de sua clinica particular.

Apresentou em seguida as observações detalhadas dos seus 5 novos casos, com documentação urographica de todos.

Pelo quadro resumido das observações, verifica-se em relação ao sexo, a incidencia maior na mulher (6 casos), sendo um só caso em homem. A idade variava de 21 a 70 annos, sendo que em 5 casos o ureteroceles era unilateral, 3 á direita, e 2 á esquerda e em 2 casos o processo era bi-lateral. A duração dos symptomas datava em 3 casos de 4 a 8 dias, em 2 casos de 2 e 6 meses, chegando em um caso a 1 anno. Os symptomas subjectivos verificados nos 7 casos constavam de dores lombares e phenomenos urinaes vesicaes, taes como dar á micção, tenesmo, polakiuria dysuria, sendo que em 2 casos havia hematuria. Como associações pathologicas foram encontrados: em 2 casos hydronephrose, sendo que em um a complicação era bi-lateral; em dois casos havia pyelonephrite; em um caso tumor de bexiga; em um caso cystite ulcerosa; em um caso nephropose direita. O exame de urina revelou pús e germens em 5 casos. Anomalias concomitantes foram observadas em 2 casos: dilatação do ureter em um, 6 vertebrae lombares em outro. A prova funcional dos rins pelo indigo-carmin endovenoso, praticada em todos os casos, evidenciou um retardamento da eliminação do azul no lado affectado, sendo que nos casos em que o processo era bi-lateral, houve retardamento, si bem que dentro da normalidade. O ostio ureteral apresentava-se punctiforme em todos os casos,

sendo em um impossivel o catheterismo. Dos 6 restantes apenas um era francamente permeavel, os 5 outros apresentando-se estenosados. O tratamento seguido em 6 casos foi o cirurgico endoscopico transurethral diathermico com lavagens pelvicas quando necessarias. Num dos casos de bilateralidade, bastou a dilatação ureteral até 9 ch. do cysto menor. Todos os pacientes curaram. Em um dos casos, complicada com tumor vesical, em paciente com estado geral mau e contando 70 annos de idade, o tratamento consistiu sómente na fulguração endoscopica do tumor vesical, não havendo na occasião qualquer indicação para o tratamento do ureteroceles. A doente falleceu 2 meses mais tarde no Interior do Estado por cachexia cancerosa. O A. termina as suas considerações citando o trabalho de Robert Gutierrez, sahido em março deste anno no Surgery, Gynecology and Obstetrics, sobre o "tratamento cirurgico moderno do ureteroceles" baseado em 18 casos, para apoiá-lo, quando elle affirma que: "Não é demais repetir que em todos os casos de perturbações urinaes em que os symptomas são obscuros, como é frequentemente o caso de crises dolorosas nos rins, ureteres e bexiga, em urgencia, frequencia, disuria ou polakiuria de causa desconhecida, assim como nos casos em que a analyse de urina revela pús, sangue ou bacterias, é indispensavel uma cystoscopia com estudos urographicos.

DEMONSTRAÇÃO UROLOGICA — DR. ATHAYDE PEREIRA.

O A. teceu considerações sobre os diverticulos da prostata (congenitos e adquiridos) sobre o traumatismo da pelvis, secção da urethra e da bexiga, fistulas. Reconstituição e cura. Sobre o cancer da prostata. Exploração instrumental e perfuração para o recto. Fistula interna. Sobre a fistula urinaria suprapelvica. Molestia do collo. Resecção de Marion. Cura clinica.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE AGOSTO

Presidente : DR. J. ONOFRE DE ARAUJO

SEPTOS VAGINAE NO TRABALHO DE PARTO — DR. CARMELO REINA — O A. iniciou

seu estudo com rebuscos historicos do assumpto e faz considerações sobre a frequência da distocia offercida pelos septos vaginaes; estuda a seguir o diagnostico e as indicações operatorias. Ao depois, apresenta 3 observações de septos vaginaes no trabalho de parto: Na 1.ª tratava-se de um septo longitudinal que reteve a cabeça fetal na sua descida; praticou a incisão do septo e applicou o fórcepe, indicado por soffrimento fetal; o 2.º caso era tambem do septo longitudinal em gestante de 7,5 meses que fora cesariada em parto anterior, praticou a incisão do septo e esperou o termo da prenhez; no entanto por occasião do parto verificou-se uma rotura uterina na zona cicatricial do segmento inferior antes que a cabeça entrasse em contacto com as cicatrizes vaginaes da secção do septo. Attribue a rotura uterina á fraqueza da parede ao nivel da cicatriz da cesarea anterior. No 3.º caso o septo era transverso e relativamente espesso. O parto se processou por via vaginal, após incisão do septo, incisão bilateral do collo, episiotomia e applicação do fórcepe por soffrimento fetal, tendo sido laboriosa a reconstituição das partes molles. Como conclusão indicou a cesarea em boas condições para os septos transversaes, ou septos espessos e a via vaginal para os septos longitudinaes, delgados ou facilmente dilataveis.

Commentarios : Dr. Wolff Neto: Felicitou o A. pelo trabalho apresentado e quer trazer uma contribuição para o assumpto com observações colhidas no Hospital São Paulo, no serviço do prof. Alvaro Guimarães Filho. Teve occasião de acompanhar dois casos de septos vaginaes no trabalho de parto: no 1.º

tratava-se de um septo longitudinal, por vicio de conformação congenito, em parturiente com apresentação pelvica incompleta, tendo o parto se processado espontaneamente por via vaginal após secção do septo; no 2.º caso, tratava-se de uma estenose adquirida, em porção mais alta da vagina e como se sabe, mais grave, pois nessas condições é prejudicada a embibição gravidica. Esta não se manifesta nos septos cicatriciaes, dahi a indicação da cesarea segmentar neste 2.º caso.

Dr. Leão Cavalcanti: Disse que, ha tempos, tambem teve occasião de assistir a um parto em portadora de septo vaginal, parto que decorreu normal, após ter desfeito a brida que pela sua pequena espessura, localização e ausencia de hemorragia não necessitou de suturas.

Dr. C. Reina: Agradeceu os commentarios feitos ao seu trabalho, accrescentando que nas observações do dr. Wolff Neto foi adoptada a melhor orientação a ser seguida em taes casos.

ABORTO E ANTICONCEPCÃO — DR. MACIEL DE SOUZA — O A., preliminarmente, justifica

os termos aborto e abortamento considerando-os como synonymos. Referiu-se ao historico do aborto e a sua pratica no mundo inteiro, particularmente na Russia sovietica. Passa em seguida a estudal-o no Brasil, condemnando a moral catholica, no particular, como criminosa por isso que consente na morte materna. Abraça a escola de Porto Carrero, que preconiza o aborto sob o ponto de vista social e eugenico como tambem o de Fernando Magalhães, admittindo o aborto therapeutic. Após varias outras considerações geraes sobre o thema, baseadas na sua propria opinião e de varios sociologos de

renome, estuda o problema da anticoncepção. Assim critica todos os processos para esse fim usados, apontando seus inconvenientes e fracassos. Em seguida, aborda longamente a questão da esterilização biológica por injeções de esperma, trazendo sua contribuição pessoal e citando vários casos de éxito. Logo após estuda o problema anti-concepcional sob o ponto de vista social, eugenico e sobretudo economico. Defende ardorosamente, a limitação da prole aos casaes pobres. Critica o fomento da natalidade, entre nós, fazendo ver que é preciso encarar este magno problema sob o ponto qualitativo e não quantitativo. Acha que o exame pre-nupcial não resolve totalmente o problema eugenico e depois de fazer criticas expõe seu modo de pensar como effi-cacia na finalidade eugenica.

Commentarios : Dr. E. Braga : Discorda totalmente do A. e analyzing o problema, dissocia a questão da moral catholica e a questão do abortamento therapeutico, dizendo que a Igreja é coherente consigo mesma, pois o abortamento é um assassino que a sciencia pensa em justificar dentro da sua incapacidade technica. Em casos especialissimos admite o abortamento therapeutico e nunca indicações de abortamento com fins sociaes, maximé no Brasil, em que, apesar dos problemas economicos, ha necessidade de estimular a procriação e proteger a maternidade conforme o pensamento do legislador tanto de hon-tem como de hoje. Diz ainda que o dr. Maciel certamente não sabe, ao falar das indicações do abortamento na Russia, que este paiz ha mais de 2 annos recuou deste passo e cita a autoridade de parteiros e gynecologistas russos que, a principio adeptos do abortamento social, acabaram por pedir ao governo sovietico medidas coercitivas deante do resultado obtido. Muitas das mulheres que se submettiam a taes methodos por 2 ou mais vezes, constituiram

cifras elevadas de psychoneuroticas. E os russos acertaram em recuar, como aliás estão fazendo em todos os sectores de sua politica interna e internacional. Diz ainda que, quando o saudoso Porto Carrero, no Rio, levantou essas premissas, aliás sob a rubrica de abortamento prophylactico, teve pela frente a palavra austera de Miguel Couto e outros. Essa these felizmente cahiu. Discorda ainda do A. quando critica o fomento da maternidade no Brasil, e refere que, tanto na extincta constituição como na actual, ao passo que o governo aconselha a procreação de um lado, legisla sobre os meios de amparar a maternidade desvalida, o que sem duvida é um esboço promissor de selecção qualitativa. Sustenta a sua convicção na efficiencia do exame médico pré-nupcial como factor eugenico e refere que as suas ideias estão já consubstanciadas em um livro recente — O Homem Errado. Quanto ao Birth-Controll de que o A. se faz apolo-gista é medida sem duvida lou-vavel nos paizes de grande densidade e miseria, muito embora de certa forma perigosa pelo abuso que se vem fazendo delle, por meio de medicamentos e appa-relhos altamente prejudiciaes á saude do conjugues. Acha ainda o melhor methodo, apesar de suas falhas o de Ojino — Knauss em que pese opiniões contrarias como a de Frankel, etc. Quanto á in-jecções feitas com o esperma do marido refere que, aqui, foi um dos primeiros a tenta-las como meio anti-concepcional em casos nitidamente pathologicos que contra-indicavam a gravidez, e confessa a sua descrença nesse methodo, não tendo logrado exito satisfactorio. Disse que teve como collaborador nestas observações o illustrado collega Gastão Fleury da Silveira. Entende que, sómente sob rarissimas indicações scientificas perfeitas e em casos especiaes é que se deve praticar o abortamento, devendo ser condemnado todos os outros que não

se coadunem com a verdadeira sciencia.

Dr. Onofre de Araujo: Faz suas as palavras do dr. Braga no que se refere ao abortamento social, e, acrescenta que não assiste razão ao A. quando ataca o exame medico pré-nupcial, mesmo tornado obrigatorio por lei, pois não se deve ver na profissão do medico apenas um executor policial a fazer cumprir um dispositivo legal, mas alguma cousa de mais elevado. O profissional pelos seus conselhos poderá orientar o futuro casal sobre essas necessidades da eugenia. Disse que muitas vezes, no caso do abortamento que o dr. Braga focalizou, com uma palavra amiga, um conselho prudente, o medico pode dissuadir sua cliente da pratica

do abortamento e verá que, ao depois, elle terá os proprios agradecimentos da paciente e terá nobremente cumprido sua missão. Si, como disse o A. são os factores economicos sociaes aquelles que mais frequentemente são allegados por aquellas que procuram o abortamento como solução para esses males, apparece que o logico é que se procure remover esses factores.

Dr. Maciel de Souza: Diz que já esperava essas objecções aos seus pontos de vista e que ellas partiriam naturalmente dos obstetras. Mas é uma questão de convicção, que por mais argumentos que sejam trazidos de parte a parte, não se conseguiria harmonia de pontos de vista.

Serviço de Prophylaxia da Lepra

5.^a Reunião annual, de 25 a 27 de Novembro

1.^a SESSÃO EM 25 DE NOVEMBRO 1939 ÀS 21 HORAS:

DR. LUIZ MARINO BECHELLI — "A quinoleina no tratamento da lepra (Nota prévia).

DR. FERNANDO ALAYON — "Histopathologia do leprolin-test nos doentes lepromatosos".

DR. RENATO PACHECO BRAGA — "Lepra verrucosa".

DRS. OSWALDO FREITAS JULIÃO e ANTÔNIO COUCEIRO — "Considerações sobre o diagnostico differencial da lepra nervosa. A propósito de 2 casos".

DR. LINNEU MATTOS SILVEIRA — "Correcção cirurgica da alopecia supraciliar na lepra".

DR. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUSA — "Associação Dyskeratose Bowen — Lepra".

PROF. WALTER BÜNGELER, DR. OCTAVIO GONZAGA e DR. NELSON DE SOUSA CAMPOS — "Lepra congenita".

DR. JOSÉ MENDONÇA DE BARROS — 1) "Os methodos de eliminação na biomicroscopia do olho leproso" — 2) "Biomicroscopia da cornea leprosa" — 3) "Bacterioscopia das lesões oculares da lepra.

DRS. LAURO DE SOUSA LIMA e FLAVIO MAURANO — 1) "Plano de estudo da Rsação leprotica" — 2) "Peculiaridade do eritema nodoso na lepra".

2.^a SESSÃO EM 26 DE NOVEMBRO, PELA MANHÃ

DRS. LUIZ MARINO BECHELLI e ARMANDO BERTI — "Lesões lepróticas da mucosa bucal. Estudo clinico".

DR. DIRCEU G. DE ARAUJO — "Cirurgia geral em doentes de lepra".

DRS. LUIZ MARINO BECHELLI e DANILO NOGUEIRA DA CUNHA — "A vitamina B — no tratamento das nevrites leprosas".

DR. MOACIR SOUZA LIMA — "Lepromina; estudos experimentaes".

DR. ARGEMIRO R. DE SOUSA — "Caso geral de syndrome de Weill-Mitchell leprogenico".

JORGE TOLEDO SALES — "O Serviço odontologico no Pavilhão dos menores do Sanatório Padre Bento".

DRS. HUGO ANTÔNIO GUIDA, FLAVIO MAURANO e LAURO SOUSA LIMA — "Aspectos clinicos da reação leprotica. Tifose leprotica.

3.^a SESSÃO EM 26 DE NOVEMBRO, ÀS 20 HORAS

DR. LAURO DE SOUSA LIMA — "Sobre a forma incarcateristica".

CLASSIFICAÇÃO DA LEpra — discussão geral.

4.^a SESSÃO EM 27 DE NOVEMBRO, ÀS 15 HORAS

DR. FLAVIO MAURANO — 1) Lepra diffusa — Azul de metileno como revelador de lesões na lepra difusa. 2) Eritema nodoso na lepra difusa. — 3) As perturbações da sensibilidade na lepra difusa. — 4) A Histamina nas lesões da lepra difusa.

DR. JOSÉ MENDONÇA DE BARROS — 1) "Incidencia das compli-

cações oculares dos doentes do Sanatório "Padre Bento. Valor do exame de olhos no prognostico".

DR. LUIZ MARINO BECHELLI — "O tratamento da Reação Leprotica pela vitamina C". 2) Estado atual do tratamento da lepra ocular. — 3) Sobre a reação ocular.

5.^a SESSÃO EM 27 DE NOVEMBRO, ÀS 20 HORAS

DR. CID BURGOS — "Inquerito epidemiológico".

DR. OSWALDO FREITAS JULIÃO — "Sobre um caso de lepra nervosa pura.

DR. PAULO RATH DE SOUSA — "Alterações osseas na lepra.

DR. JOSÉ CORRÊA DE CARVALHO — "Rágadas na lepra".

DRS. LAURO DE SOUSA LIMA, NELSON DE SOUSA CAMPOS e FERNANDO ALAYON — 1) Fundamentos da Classificação morphologica das léprides tuberculóides. — 2) Léprides tuberculóides atipicas — 3) Classificação das léprides tuberculóides. — 4) Evolução e prognostico de forma tuberculoide.

DRS. NELSON DE SOUSA CAMPOS e EURICO BRANCO RIBEIRO — "Abscesso caseoso de nervo em criança portadora de forma tuberculoide inicial".

DRS. LUIZ MARINO BECHELLI e AUGUSTO B. DE OLIVEIRA — "Commentarios sobre os resultados histopatologicos de biopsias praticadas em pelle aparentemente sã e descamante, em doentes de lepra".

PROF. WALTER BÜNGELER e DR. FERNANDO ALAYON — "Lepra visceral: 1.^a Comunicação. Alterações hepaticas".

DR. SERGIO VEIGA CARVALHO — "O sector oto-rino-laringologico — II parte".

DRS. HUGO ANTÔNIO GUIDA e LAURO SOUZA LIMA — "Medicações auxiliares ao tratamento da lepra.

DR. JOSÉ MENDONÇA DE BARROS — Tratamento geral da Lepra; Referencias e complicações oculares. — Aspectos interessantes do comprometimento ocular na lepra.

Sociedade de Ophtalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 22 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. CYRO DE REZENDE

ECTROPION CICATRICIAL DAS DUAS PALPEBRAS —

DR. J. PEREIRA GOMES — O A. dissertou sobre um caso de ectropion cicatricial das duas palpebras: tarsorrhaphia total, autoblefaroplastias pediculada e livre, tendo apresentado o paciente operado na enfermaria de que é director na Santa Casa de Misericórdia.

Trata-se de S. M., preto, lavrador, solteiro, com 31 annos de idade, brasileiro, procedente de Baurú. O paciente recebeu, acidentalmente, uma machadada no rosto, do lado direito. O ferimento interessou a região frontal, o supercílio, as duas palpebras e a pelle da face, até a comissura labial, numa linha vertical partida da região frontal.

Diz o dr. Pereira Gomes que a observação é interessante e digna de ser apresentada á Sociedade de Ophtalmologia por varios motivos:

1.º — Pela séde e pela extensão do ferimento, que, entretanto, não se aprofundou, detendo-se nos rebordos orbitarios superior e inferior;

2.º — Pelas verdadeiras mutilações apresentadas e dependentes, de um lado, do ferimento propriamente dito e, de outro, primeiro tratamento cirurgico a que o ferido se submetteu, improprio e sem technica, ao qual resultaram cicatrizes espessas, nodosas, cheloidiformes, além de ectropions cicatriciaes das duas palpebras, com exposição do globo ocular e consequente ulcera lagophthalmica perfurante da cornea, e

3.º — Pelas intervenções praticadas, num só acto cirurgico demorado. Foram feitas: a ressecção dos tecidos cheloidiformes e

rigidos das duas palpebras; o preparo de dois leitos palpebraes para receberem enxerto; a tarsorrhaphia total e, em seguida, os enxertos. A palpebra superior foi reconstituída por grande enxerto pediculado tomado da região frontal, autoblepharoplastia de Fricke, e a palpebra inferior foi refeita por enxerto livre tomado á distancia, no caso, sector semi-lunar de pelle total retirada da palpebra superior do lado oposto, que nada soffreu com esse emprestimo, heteroblepharoplastia de Sheehan.

O A. disse saber que o prefixo grego "hetero" significa dissemelhante, o que poderia levar a crer que, nessa expressão, o enxerto fosse tomado de uma outra especie de animal. Prefere, entretanto, assim dizer, de accordo aliás com os mestres francezes, reservando para o ultimo caso a expressão alloplastia.

O A. fez ainda considerações sobre a vitalidade e a retracção dos diferentes enxertos, dizendo que emprega ha muitos annos o enxerto livre, mas que não deixa de reconhecer a superioridade do enxerto pediculado, no que se refere á sua nutrição. No caso observado, a comparação é interessante, porque os dois enxertos, pediculado e livre, foram empregados na mesma occasião.

O operado ainda conservava as palpebras fechadas pela tarsorrhaphia, mas o A. disse esperar que a ulcera pre-existente já estivesse cicatrizada.

CIRURGIA DA HYPOPHYSE —

DR. CARLOS GAMA — O A. focalizou as suas actividades neurocirurgicas nos ultimos 10 annos, afim de salientar a questão da cirurgia da hypophyse, que, a seu ver, ainda não foi inteiramente

acceita em S. Paulo, a despeito dos resultados obtidos, plenamente satisfactorios, como no caso a ser apresentado.

Entre suas 742 intervenções sobre o systema nervoso, o orador praticou 229 sobre o craneo, das quaes 115 com fins de diagnostico (ventriculographia) e 114 craniotomias por tumores cerebraes e affecções neuro-cirurgicas do encephalo.

Apenas 8 se referem a tumores hypophysarios e 4 a outros tumo-

res peri-hypophysarios, nada menos de 38 tumores infundibulo-hypophysarios foram documentados objectivamente.

Considerando a elevação do conceito que vae tendo a neuro-cirurgia no meio medico paulista, crê o que o numero dessas intervenções deva augmentar doravante, mesmo porque já vae sendo conhecida a minima porcentagem dos casos radio-sensíveis capazes de se beneficiarem com essa modalidade de tratamento.

Faculdade de Medicina

CONFERENCIA NA 2.^a CADEIRA DE CLINICA MEDICA,
EM 18 DE NOVEMBRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

O DIAGNOSTICO FUNCIONAL DO APARELHO URINARIO — DR. ATHAYDE PEREIRA

— O A. diz que no diagnostico funcional do aparelho urinario estudará de modo succinto os fundamentos e methodos de exame da funcção do aparelho secretor, do aparelho excretor e por fim da dinamica do reservatorio urinario, a bexiga.

Do ponto de vista clinico, os exames da funcção do aparelho secretor (o rim), marcaram epoca; entretanto, com o apparecimento do moderno methodo de exploração renal, a urographia de excreção, todos os complicados processos de verificação funcional então utilizados, perderam terreno, dando logar a uma nova phase em que culminou em valor o estudo da dinamica do aparelho excretor (calico-pyelo-ureteral), e sobretudo nos ultimos tempos, aquelle da dinamica do reservatorio urinario, com a cystometria de Rose.

Resume o aparelho secretor na sua architetonica complexa, na unidade secretora o nephronio, responsavel por funcções diversas, taes como: a secreção da urina, a synthese do acido hippurico, alem de oxydações outras, e a formação da ammonia.

O glomerulo é responsavel pelo filtrado urinario, uma filtração physica (ultra filtração igual ao filtrado do plasma sanguineo), modernamente demonstrada pela punctura do glomerulo (Wearn-Richard).

Factor importante nessa filtração, representa por certo a pressão arterial, pois que uma vez attingida abaixa de 50 a 60 mm. de Hg., não mais proseguirá a secreção urinaria.

A filtração se processa aavez a membrana glomerular, que representa um filtro cujos poros só são permeaveis aos colloides e crystalloides de peso mollecular baixo.

A demonstração feita por perfusão, em rins de cães, confirma as experiencias de Bayliss Kerridge-Russel, levadas a effeito por meio de injeções venosas de proteínas de varios pesos especificos molleculares e verificação de sua passagem na urina.

A funcção urinaria entretanto, não depende só da filtração glomerular; papel importante representam os tubulos urinaes.

A elles, cabem duas tarefas: a reabsorção de diferentes substancias do ultrafiltrado, demonstrada ainda pela punctura de

Wearn-Richard, e a secreção do ácido hippurico e da ammonia.

Se bem que Richard se oppuzesse ao facto de que os tubulos pudessem secretar tambem a urina, a questão fôra entretanto demonstrada.

Em certos peixes como o *Lophius piscatorius* e o *Opsanus Tau*, de rins aglomerulares, ou pseudoglomerulares sem função, e não ligados aos tubulos, a ligadura da arteria renal desses rins não impede a vida dos animais. O epithelio dos tubulos secreta a urina.

E' atravez das paredes dos tubulos que diversas substancias do ultrafiltrado são completamente reabsorvidas para o sangue.

Chloretos e glycese, existem no ultrafiltrado (punctura de Wearn-Richard), e não apparecem na urina vesical.

As substancias são mesmo reabsorvidas diversamente nos variados segmentos dos tubulos; assim, a glycese na pars convoluta, a agua na convoluta proximal e distal, os chloretos e bicarbonatos na convoluta distal, sendo que a alça de Henle representa papel mais importante nessa reabsorção em virtude da diffusão (Ludwig).

Ha uma verdadeira reabsorção selectiva, que se modifica ora pela capacidade de concentração, ora por influencias physicas.

A synthese do ácido hippurico (do glycocoll e ácido benzoico), se passa no rim.

As experiencias de Bunge e Schmiedeberg (perfusão do rim com sangue acrescido de ácido benzoico e glycocoll), são comprovantes do facto pela grande excreção de ácido hippurico.

O rim é responsavel ainda pela synthese do ácido phenaceturico, alem de oxydações como a do ácido phenil-propionico, butyrico, valenico, capronico e dos ácidos aromaticos.

No sangue só existe 1 milligr. de ammonia por litro; entretanto, no filtrado glomerular — (Wearn-Richard), ella é encontrada na proporção de 288 milligrs. por 24 horas. Isso induz que elle

excreta a ammonia, na base de 10 a 40 milligrs., por hora.

E' que ella é necessaria á neutralisação dos ácidos na urina (Equilibrio acido-basico).

O A. relembra que toda esta demonstração da função do rim, no que respeita á secreção urinaria, é tambem explicada de modo diverso conforme as multiplas theorias existentes.

Basta citar que 14 dellas se propõem explicar o mecanismo daquella secreção (Ludwig, Heidenhain, Bowman, Metzner, Cushman, Putter, Buinewitsch, Lindemann, Conway, Kosugi, Lami-Meyer e Rathery, Hill-McQueen, Gottlieb-Magnus, Koranyi, e por fim a theoria modernissima physico-quimica.

Do ponto de vista clinico, o estado higido não implica em absoluta sufficiencia renal; ha portadores de rins hypoplasicos que apresentam ligeira insufficiencia compensada, demais quando existem determinadas lesões unilateraes ha sempre o "renal contra-balance", em que o rim opposto suppre e compensa a função permitindo uma diurese "indispensavel" e "necessaria".

Outrotanto, não se ignora que o proprio parenchyma renal não mantem permanentemente todas as suas unidades secretoras em função. Muitas permanecem inactivas (reserva), e entram em função á proporção das necessidades.

Por essa razão a determinação clinica da função renal, pelas suas variadas provas, tem valor relativo porque representa sempre uma prova parcial.

O comprometimento progressivo dos elementos functionaes do rim por processos ischemicos, inflammatorios, tóxicos, ou destructivos, implica no desaparecimento tambem progressivo da secreção urinaria até ser totalmente sustada. De ambos os rins são attingidos por taes processos, sobrevêm symptomas clinicos da insufficiencia renal que culminam na uremia vera. O A. cita em seguida as enfermidades medicas e cirurgicas do rim que compromet-

tem o elemento nobre do rim : o rim hypoplasico, o polycystico, e a hydronephrose congenita entre as anomalias. As nephrites do typo Bright, as nephrites e pyelonephrites suppurativas, a tuberculose, a syphilis, a actinomy-cose entre as molestias inflammatorias. Cita por fim os cystos solitarios, as perturbações dynamicas e as obstrucções das vias excretoras que na sua evolução compromettem a funcção renal e por fim os tumores solidos que a destroem.

Em clinica, a funcção do rim é avaliada por methodos os mais variados que comportam um elevado numero de provas ditas funcçionaes uteis umas para as affecções medicas do rim, e outras mais peculiares ás affecções chirurgicas.

Inicia o seu estudo pelos methodos baseados nas alterações das funcções normaes do rim (secretoras e não secretoras), citando as provas physico-quimicas obtidas pelo exame da urina (quantidade, concentração, peso especifico, cryoscopia, conductibilidade electrica, refractometria, diluição e concentração, dosagem da uréa — prova da carbamida de Radó e Deutsch, prova da concentração de Mc. Lean-Wasselow, dosagem do chloreto de sodio, da creatinina, do acido urico, dos phosphatos, prova alcala-acida de Rehn, prova da diastase, prova do permanganato de Thodase, prova da Phloridzina de von Mering, e dosagem do acido hipurico.

Os methodos baseados no exame do sangue comportam : a dosagem do azoto residual, e da uréa, dos productos da putrefação intestinal (reacção xantho-proteica) e pesquisa do indicam, cryoscopia, reacção dos cromogenos, creatinina, acido urico, reserva alcalina.

Para os methodos baseados no exame comparado do sangue e da urina, lembra ; a constante ureo-secretoria de Ambard, a prova de Rehberg (creatinina), e a da uréa clearence de Mc. Intosh-van Slike.

Por fim, entre os methodos baseados na eliminação provocada de substancias extranhas ao metabolismo refere a prova do azul de methyleno de Achard-Castaigne, á do indigo-carmin de Voelcker-Joseph com a sua modernisação a Chromo-urinoscopia de Mombaert, á da phenol-phthaleina de Rowntree e Gerathy, alem dos recentes processos do encurtamento do praso de dosagens, prova da urographia excretora de v. Lichtenberg, sobre a qual se estende no intuito de demonstrar o seu fundamento scientifico e sua dupla vantagem de dar a funcção do parenchyma secretor, e a dinamica calico-pyélo-ureteral indispensavel no diagnostico não organico porém baseado na verificação das perturbações de todo o systema.

A prova do vermelho de tripan (Tripan rot) de Jasinski combinada com o indigo-carmin é por fim relatada sobretudo no que se refere á sua applicação pratica nos processos degenerativos e tumoraes do rim.

Passando ao estudo da funcção do apparell excretor do rim constituido pelos calices, bacinete e ureter, o A. faz conhecer que elle tem por fim transportar a urina secretada pelo parenchyma do rim, dos calices para a bexiga.

E, o faz por meio de contrações e peristaltismo (isoperistaltica), resultantes de um reflexo para-sympathico.

São por ambos responsaveis, os centros autonomos localizados no bacinete, no ureter superior, além de elementos nervosos proprios (neuroides sympathicos e para-sympathicos).

O apparell excretor, para isso, mantem-se sob dois tonus distinctos : o tonus plastico (arco reflexo sympathico), e o tonus kinetico, tonus contractil (reflexo parasymphathico).

Estuda em seguida as perturbações da dinamica desses órgãos, ora por exaggero da funcção que se revelam pela hypertonia, hyperkinesia, espasmo e rigidez anullar ; ora por diminuição funcional patenteada na hipotonia,

hypokinesia, atonia (perda da contractilidade temporaria) e paralyse (ausencia de reacção contractil).

Por taes perturbações são responsaveis: as infecções (absorção toxica), as molestias inflammatorias primitivas e secundarias dos rins e das vias excretoras, a lithiase obstructiva, não obstructiva (calculos canellados) e migradora, molestias suppurativas e destructivas primitivas e secundarias dos rins e das vias excretoras, os tumores, as adherencias, bridas e cotovelos, as affecções annexias, as anomalias e affecções outras do aparelho genital e a intoxicacão gravidaica.

A determinação clinica destas perturbações é feita pela urographia excretora (Roseno e v. Lichtenberg) pela dynamoscopia de Perlmann, pela pyelosopia de Legueu, Frey e Trouchet; e, mais modernamente pela urokimographia de Holland, Sack, Wullenweber.

Passando ao estudo da funcção da bexiga, diz que a mesma está subordinada á duas phases distinctas: a de retenção ou phase da collecção da urina, em que se processa a dilatação muscular por acção tonica, e a phase da expulsão que decorre da contração do detrusor por acção kinetica.

Essas duas phases, estão sob a dependencia de 3 mecanismos musculares diversos (Muschat):

— o de fechamento, pelo qual são responsaveis os dois esfincteres interno ou liso e externo ou estriado.

— o da abertura, em que toma parte o trigono (musculo trigonal), o assoalho da bexiga, de cujas contrações depende a abertura do esphincter liso,

— o da expulsão, pelo qual é responsavel o detrusor.

A disfuncção desses tres mecanismos physiologicos acarreta perturbações bem sérias á vida dos enfermos portadores.

E assim que, o comprometimento do mecanismo do fechamento leva á incontinenca urinaria, aquella do mecanismo de

abertura á retenção completa, e por fim a do de expulsão á retenção parcial ou completa.

Por outro lado, o reservatorio urinario está sujeito ás variadas perturbações da sua dinamica, tal como o aparelho excretor, ora por exagero da funcção, ora pela diminuição.

Desse modo, occorrem aqui tambem a hypertonia, a hyperkinesia, a hypotonia, a hypokinesia, a atonia e a paralyse.

Taes pertubações decorrem de enfermidades da bexiga, do collo, da prostata, da urethra, mesmo as enfermidades do penis, as suas anomalias congenitas, e por fim de molestias do cerebro e da medulla.

A cystite aguda e sub-aguda, a cystite intersticial, a bexiga contractada, os diverticulos, a lithiase, perturbam habitualmente a funcção normal da bexiga levando-a ora a phases de reacção com hypertonia e hyperkinesia que podem terminar pela estafa do detrusor.

Ter-se-a de permeio, phases da hypotonia, de hypokinesia, surgindo por fim a atonia e mesmo a paralyse.

As dysectasias por esclerose da prostata e por hypertonia do esphyncter; seja esta de origem central ou motivada pela irritabilidade muscular decorrente de affecções de órgãos visinhos, determina todas as phases acima lembradas da disfuncção da bexiga.

O mesmo ocorre com o adenoma e o cancer da prostata, as prostatites, das quaes se destaca uma variedade designada cystoparetica.

Os estreitamentos da urethra, as angulações nas anomalias congenitas, a phimose, e ainda as enfermidades medulares como a myélodysplasia, tabes, myelites, são outrotanto responsaveis pelas perturbações da dinamica vesical já mencionadas.

Em clinica, a sua verificação se faz por 3 processos diversos: a cystoscopia com cysto-urethrosocopia, a radiographia da urina residual contrastada e por fim

pela cystometria, que permite ainda a distinção das perturbações de origem neurogenica daquellas de origem myogenica.

O A. apresenta no decurso da exposição, radiographias de diversas das perturbações dynami-

cas do aparelho excretor observadas em doentes de sua clinica, pranchas illustrativas do assumpto da conferencia, alem de curvas cystometricas correspondentes aos estados hypertonicos e hypotonicos de bexigas enfermas.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Gastrosocopia — HECTOR E. F. STOCKER, "El Ateneo" (Florida, 344), Buenos Aires, 1939.

A gastrosocopia já passou do periodo de experimentação clinica e vem sendo executada com frequencia em todos os grandes centros de gastro enterologia. Em nosso paiz sobre o assumpto varios trabalhos já foram publicados e uma excellente these, aqui commentada no anno passado, foi defendida perante a Universidade do Rio de Janeiro pelo dr. Jorge Pereira. Na Europa appareceram importantes publicações e agora nos vem da Argentina um excellente livro, da autoria de Stocker. Trata-se de um volume de 230 paginas, em magnifica feitura material, com 123 figuras das mais illustrativas, sendo numerosas a cores, reproduzindo aspectos do interior do estomago em casos pessoaes. O A. esmiussou o assumpto, detendo-se em questões de technica e de interpretação, o que torna o seu livro de grande alcance pratico para os que se dedicam ao tratamento das molestias do estomago.

Pratique anatomo-chirurgicale illustrée — F. PAITRE, D. GIRAUD e S. DUPRET — Volume III, G. DOIN & CIE. (8, Place de l'Odéon), Paris, 1939.

E' desnecessario insitir sobre o valor da obra, da qual este volume é a continuação. Fieis á sua concepção original da Anatomia cirurgica, os A. A. descrevem as visceras isoladamente e depois

no seu proprio lugar, passando em revista seus meios de fixação e as suas relações mediatas e immediatas, para terminar com conclusões sobre as vias de acesso mais favoraveis. E tudo devidamente transportado para o papel pelo lapis consagrado de Dupret. Pertto de 200 planchas elucidam o texto synthetico do presente volume, esclarecendo cabalmente a anatomia dos organs retroperitoneaes, assumpto sobre que versa este 3.º volume. O primeiro trata da região abdomino-thoracica, e o segundo da região abdominal media e do recto, com 410 e 450 paginas e 747 e 594 figuras, respectivamente. O 3.º volume contem 514 paginas, com 688 figuras e custa 200 francos.

Alimentação — PEDRO ESCUDERO, 2.ª edição, Editora Scientifica, Rio, 1939.

As questões de alimentação estão despertando grande interesse em nosso meio. Varios livros tem sido publicados e a imprensa vem debatendo o assumpto. Não é de admirar, pois, que já tenha alcançado a 2.ª edição o excellent livro do professor de Buenos Aires. O seu nome acatado tem merecido e admiração dos brasileiros e as suas magnificas lições são procuradas com grande interesse. Assim, esta 2.ª edição está fadada a ter a mesma sorte que a primeira: desapparecer rapidamente do mostruario das livrarias. A obra interessa não só a medicos e educadores como a todo chefe de familia.

Observações geraes e contribuições ao estudo da flora e fitofisionomia do Brasil. — F. C. HOEHNE, edição do Departamento de Botanica do Estado, São Paulo, sem data.

O presente volume é o 3.º de uma serie que o A. vem publicando, como contribuição valiosa ao conhecimento da Flora brasileira. Nas suas excursões botânicas, vem o A. colhendo numerosa documentação sobre a phytophysionomia dos logares visitados, commentando as observações feitas á luz dos seus profundos conhecimentos especializados. Assim, o seu diário de viagem se torna um precioso repositório de informações fidedignas, illustradas com numerosas e magnificas photographias. O presente volume com 112 paginas em grande formato encerra 144 photographias originaes.

Índice-catálogo médico brasileiro. — JORGE DE ANDRADE MATA, vol. I edição Andrômaco, São Paulo, 1939.

O presente volume foi editado sob os auspícios do Conselho Bibliothecario do Estado de São Paulo e da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. E' desnecessario encarecer o seu valor. Já dissemos do interesse que tem um tal typo de publicação quando fizemos, em novembro de 1939, o elogio da valiosa obra que é o Índice-catalogo medico paulista (1860-1936) concebido, organizado e publicado pelo mesmo autor. Resta apenas accentuar que a continuidade dessa obra é indispensavel para o progresso das nossas letras medicas. O presente volume abrange o periodo de 1937 e 1938. Futuramente será apresentado o volume correspondente a 1939.

Trabalhos do Departamento de Anatomia Pathologica — CUNHA MOTTA e outros, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1935-1938.

O presente volume encerra a collectanea de trabalhos produzidos no Departamento de Anatomia Pathologica da Faculdade de medicina de São Paulo durante os annos de 1935 a 1938. Em 9 volumes anteriores tinha sido reunida a produção scientifica daquelle Departamento até 1934. O presente volume compõe-se de 15 magnificos trabalhos firmados pelo prof. Cunha Motta e seus collaboradores drs. Paulo Q. T. Tibiriçá, Moacyr Amorim, W. E. Maffei, e Paulo Elejalde, em associação com os professores Candido de Moura Campos, Franklin de Moura Campos e Aguiar Pupo, que collaboraram na feitura de alguns trabalhos.

Variabilidade dos microbios e bacteriophagia — Congresso de Kiew (1936) Imprensa da Academia de Sciencias, Kiew, 1939.

Reuniu-se em Kiew, na Russia, em 1936, um importante Congresso de Bacteriologia, que atrahiu a attenção dos meios scientificos europeus, em virtude de ser destinado á discussão de dois themas de grande actualidade: a variabilidade dos microbios e a bacteriophagia. Trabalhos de grande valor foram alli apresentados e apparecem agora publicados integralmente em um grosso volume editado pela Academia de Sciencias de Kiew. O volume contem perto de 500 paginas e está destinado a grande procura por todos os que se dedicam á bacteriologia.

Las bases orgánicas vegetales — ANTONIO NOVELLAS ROIG, MANUEL MARIN (Provenza, 273), Barcelona, 1940.

Damos pressa em noticiar o reaparecimento das edições espanholas da conhecida casa Manuel Marin, de Barcelona: chegamos ás mãos um excellente livrinho sobre os alcaloides — sua historia, sua pharmacologia, sua pharmacotechnica e seus usos therapeuticos. Trata-se de um guia seguro e moderno, que actualiza os conhecimentos medi-

cos sobre o emprego dos alcaloides. Dando caracter pratico á publicação, o A. organizou um

formulario, que torna facil a consulta do medico. E', pois, um livro destinado á grande acceitação.

IMPrensa MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, XV, 1-325, 1939 — Alguns dados sobre a "conche ossis sphenoidis" sinostose com os ossos etmoide e esfenoides — Gerson Novah; Contribuição para o estudo das celulas sanguineas e do quadro histologico hematopoiético da "Mononucleose infectuosa" — José Oria e Michel Janra; A urecemia normal em São Paulo — Henrique Tastaldi Walter S. P. Leser e Milton P. de Siqueira; Valor energetico de alguns alimentos brasileiros — F. A. Moura Campos, Octavio de Paula Santos, Tito A. A. Cavalcanti, Demosthenes Orsini e J. B. Veiga Salles; O valor nutritivo do cará — F. A. Moura Campos, Demosthenes Orsini e Geraldo Colonnese; Pesquisas comparativas do metabolismo basal — Demosthenes Orsini e Waldeemar Pucci; Contribuição ao estudo dos Phlebotomus do Estado de S. Paulo — A. L. Ayrosa Galvão e J. O. Coutinho; "Aspergillus" do grupo ochraceus isolado de escarro — Floriano de Almeida; Micetomas torácicos — Floriano de Almeida e Rosa Abdalla; Primeiro caso de acromia parasitaria de Jeanselme observado em São Paulo — Floriano de Almeida e Carlos da Silva Lacaz; Pneumatose cística do intestino — Norberto Araujo Coelho; Estudo sobre as lesões histopathologicas em dois casos de actinomicose do S. N. C. — Dionisio M. Gonzalez Torres; Aneurisma do seio de Vasalva ou diverticulos do pericardio? — A. de Almeida Prado; Alguns dados estatísticos relativos á pneumonia em São Paulo — Reinaldo Chia-

verini; Blefarospasmo no curso do parchinsonismo post-encefalico — A. C. Pacheco e Silva e Fernando de Oliveira Bastos.

Archivos de Biologia, XXIII, 253-276, dezembro 1939. — Contribuição ao estudo nictoteros dos batraquios do Brasil — A. Carini; Syndromo de Loeffler — Cesar Santos; Estudo cromatografico dos alcaloides do ópio — Giorgio Renato Levi e Felice Castellani.

Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, II, 255-308, dezembro 1939. — O trachoma no Oeste de Santa Catarina — Aureliano Fonseca; Oclusão da arteria central da retina — B. Paula Santos; Transposição de dentes — Durval Prado; Tuberculose ocular — W. Belfort Matos.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XXIII, 229-256, setembro-outubro 1939. — Importancia clinica do conhecimento das trocas gasosas pulmonares — José Ignacio Lobo; Historia da origem da convulsoterapia pelo Cardiazol — Ladislau von Meduna; A convulsoterapia da esquizophrenia. Retrospecto e perspectiva — Ladislau von Meduna.

Caderno de Pediatria, IV, 389-412, dezembro 1939. — Considerações clinicas sobre um particular derrame peritoneal numa creança de 3 annos — N. Javarone.

Noticia Medica, VI, 1-8, 22 de dezembro de 1939. — Thrombose hemorroidaria — Antonio Salgado.

Pediatria Pratica, X, 280-359, julho-agosto 1939. — Les préca-rences infantiles devant la therapeutique — Georges Mouriquand
Fistulas e quistos do tractus ti-reo-glossos — Mario Ottobri-ni Costa e F. Labate; Questões de aler-gia indispensaveis ao pediatra — Ernesto Mendes.

Publicações Medicas, XI, 1-84 setembro 1939. — O acido men-delico nas infeções urinarias — Laurindo Ferreira; Lepra e Recklinghausen — Luiz Baptista; Doença de Nicolas Favre e estio-meno vulgar — Alipio Pernet; Clima e tuberculose — Alberto Cavalcanti.

Resenha Clinico-Cientifica, IX, 1-39, janeiro 1940 — Novas contribuições ao estudo da eri-tremia aguda — Giovanni di Guglielmo; Prophylaxia e diag-nostico precoce do cancer uteri-no — Cesare Decio; Tratamen-to da ulcera venerea e de suas complicações pelos sulfamidicos — Cosmos Lombardo; Considera-ções clinicas sobre uma syndrome hemogenica com profusas metror-rhagias tratada pela esplenecto-mia — Angelo Migliavacca; Os tumores dos órgãos urinarios — Giorgio Nicolich.

Revista da Associação Pau-lista de Medicina, XV, 321-386, novembro 1939 — Cystos idioto-picos do pequeno labio — Do-mingos Delascio e Ephraim de Campos; O problema do sopro-systolic mitral — Luiz V. De-court e Heribaldo Loverso; Ac-ção dos sulfo-conjugados sobre o espermatozoide — Geraldo de Campos Freire.

Revista Brasileira de Lepro-logia, VII, 353-466, dezembro de 1939 — Das formas clinicas da lepra — Aguiar Pupo; Bacilo da lepra — J. P. Carvalho Lima e Maria Arantes; Evolução rara de dois casos de lepra na infan-cia — Nelson Souza Campos; Un nuevo signo diferencial entre Siringomielia y lepra nerviosa — Salomon Schujman; Oeynhau-

sen, o Hospital dos Lazaros e a Santa Casa de Cuiabá.

Revista Clinica de S. Paulo, VI, 118-234, dezembro de 1939 — A proposito do conceito de mio-cardia — Antonio Uihôa Cintra; Pneumonias. Seu tratamento pelo Dagenan — E. Amadei.

Revista de Gastro-Enterolo-gia de São Paulo, II, 92-149, junho 1939 — Regime alimentar no diabetes melitus — José I. Lobo; Diabete insipido com in-fantilismo e seu tratamento com pó da hypophyse por via nasal — Gil Spilborghs.

Revista da Maternidade, I, 1-28, dezembro 1938 — Diphte-ria e vaccina — Gentil Marcon-des de Moura; Hereditariedade e tuberculose — Francisco Labate.

Revista de Medicina, XXIII, 331-425, outubro-novembro 1939 — Consideraciones sobre cuerpos extraños dejados accidentalmente en la cavidad abdominal — Al-berto Gutierrez; Etio-patogenia do megacolon — Alipio Corrêa Netto; Bile leite de calcio — Mario Ottobri-ni Costa; Princí-pios basicos do tratamento cirur-gico das ulceras gastro-duode-naes — Eurico da Silva Bastos; Contribuição brasileira ao estudo do megaesophago — Gabriel Bo-telho.

Revista de Neurologia e Psy-chiatria de São Paulo, V, 175-240, outubro dezembro 1939 — Nosologia psiquiatrica — Edgard Pinto Cesar; Considerações so-bre uma Diplegia facial de pro-vavel causa escarlatínosa — V. Venturi; Processo luetico da sel-la turcica com crises de natureza epileptica — E. de Aguiar Whit-aker; Campanha contra o alcoolis-mo — Oswaldo Ferraz Alvim.

Revista Odontologica Brasi-leira, XXVIII, 207-257, setembro-outubro, 1939 — Vascularisação da polpa dentaria — Claudio Mello; Pontes de porcelana — Hermann Themel; Preparação de dentes

vivos para coroas Jaquetes — H. Spalding Both; A proposito da oportunidade da avulsão dentaria em periodo agudo — P. Terraillon.

Revista Paulista de Tisiologia, V, 202-284, julho-agosto 1939 — A luta contra a tuberculose no Brasil — Clemente Ferreira; Centros de tratamento ambulatorio, sua importancia na campanha antituberculosa — R. de Paula Sousa; O Dispensario annexo ao Hospital São Luiz Gonzaga como centro de therapeutica — João Grieco, Carlos Comenale Jr., Mario Lotufo e Paulo Minervino; Bases para a organização da luta antituberculosa no Estado de S. Paulo, — Nestor Reis.

285-360, setembro outubro 1939 — A tuberculose nos japonezes do Brasil — João B. de Souza Soares e Lincoln Ferreira Faria; A tuberculose em São Paulo — João Grieco e Francisco A. Cardoso; O papel do semi-internato como auxiliar da luta anti-tuberculosa — R. de Paula Souza; A proposito da roentgenphotographia — Miguel Covelo Jr.; Contribuição para o conceito de eficiencia do dispensario entre nós — A. Tisi Neto, Homero Silveira e Marques Simões.

São Paulo Medico, XII, 339-418, junho 1939 — Materia e electricidade — Rolim de Moraes; Exames medicos periodicos — Moacyr Navarro; Acélasia — Eduardo Monteiro.

1-82, julho-agosto 1939 — Etiopatologia e significação clinica do estomago em cascata — A. Almeida Prado; Tisiogenese — O. A. Rodovalho; A prophylaxia da tuberculose na Estancia Climatica de S. José dos Campos — Carlos Vieira de Moraes.

Therapia, I, 1-72, setembro outubro, 1939 — A significação clinica das extrassistolés — Luiz V. Decourt e Erasmo Lancia; Amputação do colo uterino para a cura do prurido vulval essencia — Sylla O. Mattos; O herpes zoster ophthalmico e seu tratamento — Francisco Ferreira; A reação de Frei em proctologia — Edison de Oliveira, O valor therapeutico dos raios infravermelhos — Rolim de Moraes; Diagnostico precoce do cancer de colo uterino pelo test de Lahmschiller — Fuad Daud; Esboço clinico para o emprego das nossas aguas minerais — Galdino do Valle Filho; A quinnina e a mulher grávida — Moysés Gentil Pereira; O phenomeno de Guna — Paulo Cesar Pimentel.

VIDA MEDICA PAULISTA

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Collação de grau da turma de 1939 — Iniciando as solennidades de formatura, os doutorandos que agora concluem o curso na Faculdade de Medicina da da-Universidade de S. Paulo mandaram rezar no dia 4 de janeiro, missa em acção de graças na basilica de S. Bento.

A missa foi celebrada ás 8 horas, por d. José Gaspar de Affonseca e Silva, arcebispo metropolitano, contando a cerimonia re-

ligiosa com a presença, além dos diplomandos, de pessoas de suas familias e representantes das autoridades.

Realizou-se, á tarde, no salão nobre da Faculdade de Medicina, o acto da assignatura de diplomas, sob a presidencia do prof. Rubião Meira, reitor da Universidade. Os diplomas foram entregues aos novos profissionais em sessão solenne ás 21 horas. no Theatro Municipal.

Paranymphou a turma de 1939 da Faculdade de Medicina o dr. Adhemar de Barros, interventor federal.

A turma compõe-se dos srs. Adail Freitas Julião, Alberto Chapeap, Alfredo Rocco, Amadeu Caparelli, Amando Caiuby Novaes, Anis Azem, Antonio Corrêa, Armando Kromprinz Cordeiro, Ary Lex, Augusto José Fernandes, Augusto Marques Lima, Augusto Mascarenhas Junqueira, Bolivar Vidal, Celio Eduardo da Costa Galvão, Daher E. Cutait, David Rosenberg, Domingos Andreucci, Domingos Machado, Edmundo Navajas, Emilio Mattar, Enéas Assis Sâes, Erico Cardeal, Erico Pimentel Dias, Ernesto José Mayer Filho, Eurico Joppert de Freitas, Evandro Pimenta de Campos, Ewaldo Mario Russo, Floresmundo Plastino Zarazoga, Francisco Cavalcanti da Silva Telles, Floriano Basaglia Netto, Francisco La Scalla, Generoso

Concilio, Humberto Marassá, Jamil Daud, Jayme Aboysky, João Baptista Parolari, Joaquim Clemente de A. Moura, Jorge Fairbanks Barbosa, Jorge Ferreira, José Miguel Beraldi, José Pereira Revelles, José Zaitz, Julio de Gouvêa, Linneu Marques de Assis, Luiz Antonio de Sampaio Doria, Luiz Augusto Monteiro de Toledo, Luiz Oriente, Maria Luiza Mercadante, Massaki Udihara, Maximo Cerri, Milton Castanho de Andrade, Nabuco Victor Martins Fontes, Orestes Barani, Paulo de Barros França, Paulo Carvalhaes, Pedro Alberto Serpe, Pedro Jannini, Renato Cocito, Renato Scavone, Roberto Moreira Lima, Rodolpho Crosato, Romeu Del Negro, Rubens Cunha Nobrega, Ruy de Souza Ramos, Sylvio Marone, Thomaz de Aquino Collet e Silva Filho, Waldemar Cardoso, Waldyr da Silva Prado, Walter Amaral.

Fogo Selvagem

O censo da molestia em São Paulo — Comunicam-nos do Serviço de Estudos e Prophylaxia do Pemphigo Foliaceo que, estando interessado em completar o censo da molestia, em nosso Estado, divulga os principaes symptomas clinicos do fogo selvagem, que são os seguintes: "Inicia-se a molestia por bolhas no rosto, face anterior e posterior do thorax, que depois se generalisa para todo o corpo, excepto as formas frustas, em que a molestia fica localisada nestas partes de eleição com conservação de bom estado geral mas com sensação de calor e queimaduras nestas regiões. Nos casos chronicos, que são os mais communs, os doentes ficam immobilisados no leito, com ankyloses (juntas presas), atrophiados, com a pelle toda dominada por infecção se descolando

pelo menor traumatismo, signal de Nickolsky, e com uma intensa descamação. Ha queda de cabellos, unhas, e um cheiro particular de decomposição da epiderme. Os doentes queixam-se de grande sensação de calor, ardor e queimadura. Ligeiro estado febril todos os dias.

E' mais frequente de 12 aos 25 annos e mais commum no sexo feminino. Em criança até 5 annos não encontramos casos da molestia. Já se acham fichados 375 doentes.

E' de interesse para o Serviço receber communicações de todos os casos suspeitos para a verificação e elucidação de diagnosticos, e fornecimento de medicamentos, Séde do Serviço Instituto Conde de Lara, rua Domingos de Moraes, 2.463, que fornece tambem litteratura sobre o assumpto."

Instituto Butantan

Lançamento da pedra fundamental do novo laboratório

— Realizou-se a 4 de janeiro ás 13,30 horas, no Instituto Butantan, a cerimonia do lançamento da pedra fundamental do novo edificio onde futuramente funcionará o laboratório de bacteriologia, actualmente dividido em varios immoveis.

Numa clareira, aberta no bosque de eucalyptus, onde surgirá o edificio, foi construida, para a occasião, pequena tribuna que ostentava a bandeira nacional. Aos lados, em grandes quadros, as plantas e projecto da proxima construção.

Usou da palavra, no momento, o prof. Jayme A. Cavalcanti, director do Butantan, que focalizou os grandes empreendimentos do actual governo especialmente no que concerne á saude publica. Frisou, o orador, que

com a construção do novo edificio se resolvia uma questão premente ainda mais que o Butantan, com sua produção, não pedia mais no orçamento governamental. No anno que findou, apesar da deficiencia de aparelhamento, o Butantan produziu 1.600 contos de réis, quantia essa que será augmentada sensivelmente logo que o novo Laboratório fique concluido. Terminou, o orador, prestando homenagem á memoria do sr. Alvaro Guião, tão tragicamente desaparecido.

Logo a seguir, o dr. Adhemar de Barros interventor federal, assignou a acta da cerimonia, escrita em luxuoso pergaminho.

Procedeu-se á collocação symbolica da primeira pedra, sendo emparedada a urna contendo o pergaminho, uma collecção de moedas e outros documento.

ARTEFACTOS DE BORRACHA

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA. TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS. BICOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA. DEDEIRAS

Varios artigos para laboratorio e pharmacia

Genesio Figueirôa & Filho

CAIXA POSTAL, 1256

RUA FLORENCIO DE ABREU N.º 32 — SÃO PAULO

Injecção inteiramente indolor e sem reacção local

Calcio Isotonico GROSS

○ mais moderno recalçificante sem perigo

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

